

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>10</b>
<b>2. Grundbegriffe OP-Management</b>	<b>12</b>
OP-Management	12
OP-Manager	12
OP-Koordinator	13
Wertschöpfung	13
Wertschöpfungskette	14
Wertschöpfungskette – OP-intern	15
Wertschöpfungskette – OP-extern	15
Operation	16
Ambulantes Operieren	17
Stationersetzender Eingriff	17
Integrierte Versorgung (I.V.)	18
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	19
Belegarzt	19
Profit Center	20
Cost Center	21
Shareholder	22
Stakeholder	22
<b>3. Produktivität</b>	<b>24</b>
Produktivität	24
Produktionsfaktoren	24
Produkt	25
Dienstleistung	26
Absatz	26
Optimaler Prozess	27

<b>4. Organisation</b>	<b>28</b>	OP-Zeiten – Leerzeiten	43
Aufbauorganisation	28	Outsourcing	43
Organigramm	28	Insourcing	44
Linienorganisation	29		
Stabsorganisation	30	<b>6. Investition</b>	<b>46</b>
Aufbauorganisation – OP-Satzung/OP-Statut	30	Investition	46
Aufbauorganisation – OP-AG	31	Immaterielle Investition	46
Aufbauorganisation – OP-AG-Satzung	31	Nettoinvestition	47
Aufbauorganisation – OP-Reservierung	32	Reinvestition	48
Aufbauorganisation – OP-Plan	32	Reinvestition – Rationalisierungsinvestition	48
Aufbauorganisation – OP-Planverantwortlicher	33	Reinvestition – Ersatzinvestition	49
Aufbauorganisation – OP-Reporting	34	Reinvestition – Diversifizierungsinvestition	49
Ablauforganisation	35	Reinvestition – Umstellungsinvestition	50
		Reinvestition – Sicherungsinvestition	51
<b>5. OP-Zeiten</b>	<b>36</b>	<b>7. Finanzierung</b>	<b>52</b>
OP-Zeiten – Personalbindungszeit	36	Außenfinanzierung	52
OP-Zeiten – Anästhesierüstzeit (Anästhesie-Bruttozeit)	36	Innenfinanzierung	52
OP-Zeiten – OP-Pflegepräsenzzeit (Pflege-Bruttozeit)	37	Fremdkapital	53
OP-Zeiten – Anästhesiepräsenz	37	Eigenkapital	53
OP-Zeiten – Narkosebeginn	38	Leasing	54
OP-Zeiten – Operateurpräsenzzeit (OP-Bruttozeit)	38	Drittmittel	55
OP-Zeiten – Freigabe OP	39	Duale Krankenhausfinanzierung	56
OP-Zeiten – Säulenzeit	39	Pauschale Fördermittel	56
OP-Zeiten – Schnitt/OP-Beginn	40	DRG (Diagnosis Related Groups)	57
OP-Zeiten – Naht/OP-Ende	40	DRG – Kodierrichtlinien	58
OP-Zeiten – Freigabe Anästhesie	40	DRG – ICD 10	59
OP-Zeiten – Narkose-Ende	41	DRG – Hauptdiagnose HD	59
OP-Zeiten – Schnitt-/Naht-Zeit/Reine OP-Zeit (OP-Nettozeit)	41	DRG – OPS 301	60
OP-Zeiten – Narkosezeit (Anästhesie-Nettozeit)	42	DRG – Baserate/Basisfallwert	61
OP-Zeiten – Wechselzeit (Naht-/Schnitt-Zeit)	42		

DRG – Case-Mix	61	Rendite	80
DRG – Case-Mix-Index (CMI)	62	Umsatzrendite	81
DRG – Relativgewicht	62	Rentabilität	81
DRG – Grenzverweildauer	63	Amortisation	82
DRG – Patientenbezogener Gesamt-Schweregrad (PCCL)	64	Break-even Point	82
DRG – Fehler-DRG	64	Liquidität	83
DRG – Grouper	65	Abschreibung	83
		Interner Verrechnungspreis	84
<b>8. Kostenrechnung</b>	<b>66</b>	<b>9. Controlling</b>	<b>85</b>
Personalkosten	66	Controlling	85
Sachkosten	66	Controlling – Strategisches Controlling	85
Fixe Kosten	67	Controlling – Operatives Controlling	86
Variable Kosten	68	Kennzahlen	87
Gemeinkosten	68	Kennzahlensystem	87
Grenzkosten	69	Balanced Scorecard (BSC)	88
Transaktionskosten	70		
Opportunitätskosten	71	<b>10. Budgetierung</b>	<b>90</b>
Kapitalbindungskosten	71	Budget	90
Kalkulatorische Kosten	72	Internes Budget	91
Preis	73	Externes Budget	91
Umsatz	73	Personalbudget	92
Cash Flow	74	Sachkostenbudget	92
Kostenarten	74		
Kostenstellen	75	<b>11. Personalmanagement</b>	<b>94</b>
Kostenträger	76	Personalentwicklung	94
Vollkostenrechnung	77	Personalentwicklung – Job Enrichment	95
Teilkostenrechnung	77	Personalentwicklung – Job Enlargement	95
Gewinn	78	Personalentwicklung – Jobrotation	96
Bilanz	78	Personalentwicklung – Coaching	96
Gewinn- und Verlustrechnung (GuV)	79	Personalentwicklung – Supervision	97
Deckungsbeitrag	80		

Personalbedarfsrechnung	98	Modulschranksystem	118
Personalbedarfsrechnung – Arbeitszeitkonto	98	Wagenkonzept	119
Personalbedarfsrechnung – Arbeitszeit/Regeldienst	99	Versorgungsassistent	120
Personalbedarfsrechnung – Bereitschaftsdienst	100		
Personalbedarfsrechnung – Rufbereitschaft	101	<b>13. Qualitätsmanagement</b>	<b>121</b>
Personalbedarfsrechnung – Brutto-Jahresarbeitszeit	102	Qualität	121
Personalbedarfsrechnung – Netto-Jahresarbeitszeit	102	Qualität – Strukturqualität	121
Personalbedarfsrechnung – Gleichzeitigkeitsfaktor	103	Qualität – Prozessqualität	122
Personalbedarfsrechnung – Arbeitsplatzmethode	104	Qualität – Ergebnisqualität	123
Personalbedarfsrechnung – Kennzahlenmethode	104	Qualität – Servicequalität	124
Personalbedarfsrechnung – Leistungsmethode	105	Führungsprozess	124
Personalbedarfsrechnung – Kostenträgermethode	106	Kernprozess	125
Personalbeschaffung	107	Unterstützungsprozess	126
Personalbeschaffung – Interner Beschaffungsweg	107	Qualitätsmanagement-Handbuch (QMH)	126
Personalbeschaffung – Externer Beschaffungsweg	108	Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB)	127
Personalfreisetzung	109	Deming-Kreis/PDCA-Zyklus	128
Transfergesellschaft	109	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	128
Mobbing	110	Corporate Identity (CI)	129
Burn-out	111	Corporate Identity – Corporate Design	129
		Corporate Identity – Corporate Communication	130
<b>12. Materialwirtschaft</b>	<b>112</b>	Corporate Identity – Corporate Behaviour	131
Gleitender Durchschnittspreis	112	Unternehmenskultur	131
Logistik	112	Strukturierter Qualitätsbericht	132
ABC-Analyse	113	Mindestmengen	133
Supply Chain Management	114	Zertifizierung	134
Strategischer Einkauf	114	Standardisierung	135
Lagerbestand	115	Verfahrensweisung	136
Lagerreichweite	116	Arbeitsweisung	136
Lagerhaltungskosten	116	Audit	137
Lagerinventur	117	QM-System	138
Konsignationslager	118	Total Quality Management (TQM)	138

Norm	139
Durchdringungsgrad	140
Erreichungsgrad	140
Pareto-Prinzip	141
Dokumentenlenkung	141
DIN ISO	142
KTQ	142
EFQM	143
JCAHO	144
Risiko	144
Riskmanagement	145
Critical Incident Reporting System (CIRS)	146

<b>14. Kennzahlen</b>	<b>147</b>
OP-Auslastung – Schnitt-/Naht (Netto-Auslastung)	147
OP-Auslastung – Operateurpräsenz (Brutto-Auslastung)	148
OP-Auslastung – OP-Pflege (Brutto-Auslastung)	149
OP-Auslastung – Narkose	149
OP-Auslastung – Anästhesiepräsenz	150
Gleichzeitigkeitsfaktor – Operateur	151
Gleichzeitigkeitsfaktor – Anästhesist	152
Gleichzeitigkeitsfaktor – OP-Pflege	152
Gleichzeitigkeitsfaktor – Anästhesiepflege	153
Fehlzeitenquote	154
<b>15. Wichtige Gesetze und Verordnungen</b>	<b>155</b>
<b>16. Wichtige Links</b>	<b>158</b>
<b>17. Stichwortverzeichnis</b>	<b>159</b>
<b>18. Kurzvita Prof. Thomas Busse</b>	<b>164</b>

## 1. Einleitung

Das OP-Management ist mittlerweile zu einer festen Größe der Krankenhausführung geworden. Zwischen 25 % und 40 % des Krankenhauserlöses werden im OP-Bereich erzielt, die Operation ist ohne Zweifel einer der wichtigsten Kernprozesse, die ein Krankenhaus erbringt.

Diejenigen, die diesen Bereich managen, haben nicht selten die Verantwortung für einen „kleinen mittelständischen Betrieb, verfügen aber oft nicht über das notwendige organisatorische oder betriebswirtschaftliche Basiswissen. Veröffentlichungen zum Thema OP-Management gibt es inzwischen reichlich und zumindest teilweise auch sehr fundiert. Aber was macht eigentlich ein OP-Manager im Alltag, wenn er von der Geschäftsführung, dem Controller, externen Lieferanten oder den Mitarbeitern mit den banalsten betriebswirtschaftlichen Begriffen konfrontiert wird und diese nicht einordnen kann?

Die OP-Fibel soll hier eine Hilfe sein. Sie ist ein kleines Nachschlagewerk für den Umgang mit Begrifflichkeiten des OP-Managements im Alltag, die zumindest aus meiner langen beruflichen Erfahrung im Rahmen des OP-Managements eine Rolle spielen. Sie ordnet jeden Begriff einem praktischen Beispiel aus dem OP-Bereich zu, um Zusammenhänge besser verstehen zu können.

Die OP-Fibel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder besonderen „Tiefgang“. Sie ist kein Lehrbuch, sondern ein praxisbezogenes Nachschlagewerk, das sich sicherlich im Laufe der Jahre weiterentwickeln wird.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei Herrn Carlos Smart für die tatkräftige Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit.



Frankfurt, den 20. April 2009

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'T. Busse', written over a white background.

Prof. Thomas Busse

## 2. Grundbegriffe OP-Management

### OP-Management

OP-Management umfasst alle Aufgaben, die zur Führung und Bereitstellung der notwendigen Ressourcen dienen, um eine oder mehrere Operationen qualitativ und quantitativ angemessen durchführen zu können.

#### **Erläuterung:**

Ziel des OP-Managements ist der optimale Einsatz der vorhandenen Ressourcen zur Erbringung einer größtmöglichen Produktivität in Verbindung mit der Optimierung der Leistungsqualität bzw. der Patientenakzeptanz.

### OP-Manager

Der OP-Manager ist zuständig für das strategische OP-Management. Seine Kernkompetenz liegt also in der Bereitstellung der Struktur eines OP-Bereiches. Er rekrutiert sich aktuell primär aus dem ärztlichen Dienst der Anästhesie oder der OP-Pflege.

#### **Erläuterung:**

Kernaufgaben sind beispielsweise Kapazitätsverteilung, Leistungsentwicklungsplanung, Budgetierung und Überwachung, Implementierung Qualitätsmanagementsystem, Res-

ourcenvergabe an Belegärzte, Personalentwicklung, Material- und Geräte Logistik, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, Steuerung und Planung der baulichen Entwicklung.

### OP-Koordinator

Der OP-Koordinator ist zuständig für das operative OP-Management. Seine Kernkompetenz liegt in der Steuerung der Prozesse eines OP-Bereiches. Er rekrutiert sich aktuell primär aus der OP- oder Anästhesiepflege.

#### **Erläuterung:**

Kernaufgaben sind beispielsweise OP-Planung und Kontingenteinhaltung, Patientenmanagement, OP-Steuerung, Notfallintegration, Personaleinsatzplanung, Material- und Gerätebereitstellung, Datenerfassung und -aufbereitung, Fort- und Weiterbildung der Funktionspflege, Schnittstellenmanagement für OP-externe Einheiten.

### Wertschöpfung

Der Begriff Wertschöpfung kommt von „Wert schaffen“ und kann im unternehmerischen Sinne als die Schaffung von Wert für den Kunden in Form eines Produktes oder einer Dienstleistung interpretiert werden, der dafür einen bestimmten Preis

bezahlt. Das Wertschöpfungsmanagement spiegelt deshalb das Interesse eines Unternehmens wider, den Wert für den Kunden mit dem kleinstmöglichen Aufwand zu maximieren.

**Erläuterung:**

Für das OP-Management bedeutet dies beispielsweise, die im DRG-System hinterlegten Erlöse zu kennen und den kalkulierten Erlösanteil der OP-Leistung in Bezug auf die Kosten zu erreichen oder zu unterschreiten.

**Wertschöpfungskette**

Unter Wertschöpfungskette (auch logistische Kette, Supply Chain, Lieferkette, Versorgungskette oder Leistungswirtschaft) wird in der Systematik des Betriebsprozesses der Weg eines Produkts oder einer Dienstleistung bis zum Verbraucher mitsamt der in jeder Stufe erfolgten Wertsteigerung (Mehrwert) verstanden.

**Erläuterung:**

Die OP-Wertschöpfungskette besteht aus einer Leistungsstruktur, die alle für eine Operation notwendigen vorgelegten, OP-internen und nachgelagerten Prozesse beschreibt und bewertet.

**Wertschöpfungskette – OP-intern**

Die interne Wertschöpfungskette beschäftigt sich mit der Abfolge der notwendigen vor-, zwischen- und nachgelagerten Prozesse einer Operation innerhalb des OP-Bereiches, sodass die Kapazitäten der OP-Säle optimal genutzt werden.

**Erläuterung:**

Die OP-interne Wertschöpfungskette beinhaltet im Sinne des Produktionsprozesses „Operation“ alle Dienstleistungen, die unmittelbar zur Erstellung des Eingriffs notwendig sind. Teile der internen Wertschöpfungskette sind unter anderem die OP selbst, die OP-Reservierung, OP-Planung, Notfallintegration, Patientenorganisation, Personaleinsatzplanung der unterschiedlichen Berufsgruppen oder Bereitstellung der notwendigen Materialien und Gerätschaften.

**Wertschöpfungskette – OP-extern**

Die externe Wertschöpfungskette beschäftigt sich mit der Abfolge der notwendigen vor- und nachgelagerten Prozesse einer Operation außerhalb des OP-Bereiches, sodass die Integration der Operationsleistung in den Gesamtleistungsprozess optimal erfolgen kann.

**Erläuterung:**

Teile der internen Wertschöpfungskette sind unter anderem die präoperativ vorgelagerte Diagnostik, die Synchronisation des Patiententransports, die Einbestellterminierung des Patienten, die Prämedikation, die Vorhaltung von Stations-, IMC-, Intensivkapazitäten oder die Aufbereitung notwendiger Siebe und Gerätschaften.

**Operation**

Die Operation ist ein zu Heilzwecken (im Tierexperiment auch zu Forschungszwecken) vorgenommener Eingriff in einen lebenden Organismus, das heißt ein bei strenger Indikation kunstgerecht auszuführender fachorientierter Eingriff in den menschlichen Körper und damit in die körperliche Integrität (zulässig außer bei Lebensgefahr nur mit Einwilligung des Betroffenen bzw. der Sorgeberechtigten und nach Aufklärung über das Operationsrisiko). *Roche Lexikon Medizin*

**Erläuterung:**

In Deutschland gibt es keine eindeutige allgemeinverbindliche Definition des Begriffs Operation und eine Abgrenzung zu dem Begriff Prozedur. Beispielsweise ist die Frage ungeklärt, inwieweit das Legen eines Herzschrittmachers eine Operation darstellt und ob diese Leistung im OP-Bereich erbracht werden muss.

**Ambulantes Operieren**

Ambulantes Operieren wird als Operation verstanden, bei dem der Patient die Nacht vor und nach dem Eingriff zu Hause oder in einer anderen Einrichtung verbringt. Ambulante Operationen werden in Zukunft einen immer größeren Stellenwert in den Akutkrankenhäusern einnehmen, da ihre Erbringung als kostengünstiger angesehen wird als stationäre Eingriffe. Sie werden nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet.

**Erläuterung:**

Eine ambulante Operation erbringt wesentlich weniger Erlöse als eine stationäre OP. Beispielsweise wird 2009 eine Abrasio nach EBM ca. mit 203 €, als DRG jedoch ca. mit 738 € (Differenz ca. 72%) vergütet. Ambulante Operationen erfordern für das OP-Management einen differenzierten Organisationsablauf, gerade was die Patienteneinbestellung, die Patientenbetreuung oder die Administration betrifft.

**Stationsersetzender Eingriff**

Ein stationsersetzender Eingriff ist eine speziell gekennzeichnete ambulante Operation, die im Katalog ambulant durchführbarer Operationen aufgeführt ist. Diese darf stationär nur dann erbracht werden, wenn der jeweilige Kostenträger (Krankenkasse) dem im Einzelfall zustimmt.

**Erläuterung:**

Unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen gilt es zu überprüfen, ob bei einem ambulant durchgeführten Eingriff für den Patienten ungleich höhere Risiken gegenüber dem stationären zu erwarten sind. Voraussetzungen, die für eine stationäre Aufnahme sprechen, sind u. a. Morbidität, hohe postoperative Risiken, mangelnde häusliche Versorgung, fehlende Kooperation des Patienten, erhöhter postoperativer Behandlungsaufwand.

**Integrierte Versorgung (iV)**

Der Begriff integrierte Versorgung steht für die Vernetzung zwischen einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Niedergelassene Haus- oder Fachärzte erbringen Leistungen z. B. gemeinsam mit Krankenhäusern. Sie kooperieren bei der Behandlung ihrer Patienten und teilen sich ein gemeinsames Budget für eine vorher festgelegte Leistung. Das Budget für diese Leistung verhandeln die Vertragspartner individuell mit einer Krankenkasse.

**Erläuterung:**

Gerade elektive Leistungen (wie bspw. die Hüftendoprothese) sind oft Gegenstand von iV-Verträgen nach § 140 ff. SGB V (z. B. zwischen Krankenhaus und Reha-Einrichtung). Für das OP-Management im Rahmen der OP-Dokumen-

tation nicht unwichtig sind bisweilen mit der Krankenkasse ausgehandelte Garantien für die Leistungsqualität.

**Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

Ein MVZ ist eine zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, fachübergreifende Behandlungseinrichtung unter ärztlicher Leitung, in der im Arztregister eingetragene Ärzte als Inhaber (Vertragsärzte) oder Angestellte tätig sein können. Ein MVZ kann in Form einer GmbH, AG oder BGB-Gesellschaft betrieben werden. Gesellschafter eines MVZ können alle nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer sein, also auch Krankenhäuser.

**Erläuterung:**

Regelungen zum MVZ finden sich im § 95 SGB V. Für das OP-Management bzw. Fragen der OP-Organisation spielen diese keine wesentliche Rolle. OP-Leistungen werden im Rahmen eines MVZ nicht verändert abgerechnet.

**Belegarzt**

Der Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Vertragsarzt, der mit diesem vertraglich vereinbart hat, seine Patienten in sogenannten Belegbetten stationär oder teilstationär zu behandeln. Der Belegarzt nutzt hierfür die Infrastruktur des

Krankenhauses, erhält aber keine Vergütung durch das Krankenhaus. Ab 2005 werden für Belegpatienten gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbart.

#### **Erläuterung:**

Belegärzte stellen für das OP-Management insofern ein Problem dar, da sie auf der einen Seite eine absolute Sicherheit für OP-Termine fordern (sie müssen ihren Praxisbetrieb aufrechterhalten), zum anderen aber nicht an der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses interessiert sind. Oft gibt es aus diesem Grunde Differenzen mit hausangestellten Operateuren.

### **Profit Center**

Ein Profit Center ist ein verselbstständiger Teilbereich eines Unternehmens, das Erlöse generiert und den eigenen Ausgaben gegenüberstellt. Ein Profit Center kann seine Dienstleistungen intern oder extern verkaufen, hierbei kommt ihm weitgehende Autonomie zu. Der Leiter eines Profit Centers hat weitreichende Entscheidungskompetenzen und ist verantwortlich für den Erfolg.

#### **Erläuterung:**

Die reine Profit-Center-Form für OP-Bereiche ist eher selten und nicht unbedingt sinnvoll. Idealerweise formuliert das OP-Management gemeinsam mit der Geschäftsfüh-

rung die Geschäftsfeldstrategie und kann eigenverantwortlich über Budget und erzielte Gewinne verfügen. Hierbei gilt zu bedenken, dass die Formulierung des internen Verrechnungspreises und die unterschiedlichen Erlösmöglichkeiten aus dem DRG-System pro Fachabteilung das größte Problem darstellen.

### **Cost Center**

Cost Center sind innerhalb von Unternehmen in sich abgeschlossene Teilbereiche, die über ihnen zugewiesene Budgets verfügen. Sie besitzen keinen Zugang zum Markt, da sie ihre Leistungen weder intern noch extern verkaufen können. Erlöse können somit im Gegensatz zum Profit Center nicht erwirtschaftet werden. Die Fokussierung liegt vorrangig in der Kostensteuerung.

#### **Erläuterung:**

Operationsbereiche werden heute primär als Cost Center geführt, da die verantwortlichen OP-Manager, zumindest teilweise, vereinbarte Budgetanteile aus dem Gesamtbudget des Krankenhauses erhalten. Eine eigenständige Gewinnerzielung ist nicht möglich. Ziel ist es, innerhalb der Budgetobergrenze zu wirtschaften.

## Shareholder

Als Shareholder werden die Miteigentümer eines Unternehmens bezeichnet (Aktionäre etc.). Diese haben sowohl Anspruch auf Beteiligung am Gewinn als auch Mitspracherecht bei wichtigen Entscheidungen. Der Vermögenswert (Value), den ein Anteilseigner an einem Unternehmen besitzt, wird Shareholder Value genannt.

### Erläuterung:

In dem Maße, wie Krankenhäuser privatwirtschaftlich geführt werden, steigt auch der Einfluss derer, die nicht ein originäres Interesse an dem Krankenhaus selbst haben, sondern die ihre Investition in das Krankenhaus hauptsächlich unter Renditegesichtspunkten getätigt haben.

## Stakeholder

Stakeholder sind natürliche Personen, Personengruppen oder Institutionen, die ein Interesse an der wirtschaftlichen Entwicklung eines Unternehmens haben. Es wird zwischen den internen Stakeholdern (Mitarbeiter, Geschäftsführer, Eigentümer) und den externen Stakeholdern (Lieferanten, Kunden, Gesellschaften) unterschieden.

### Erläuterung:

Im Gegensatz zu den Shareholdern haben die Stakeholder oft ein langfristiges Interesse an dem Krankenhaus, da

diese zur dauerhaften Existenzsicherung (z.B. Arbeitsplatz, Kunde, Lieferant) beiträgt. Eine interessante Diskussion ist, ob es nicht besser ist, wenn sich die Stakeholder an dem Krankenhaus beteiligen (Stakeholder Value), um ein Krankenhaus dauerhaft zu sichern.

## 3. Produktivität

### Produktivität

Produktivität ist die Mengen- oder wertmäßige Ergiebigkeit der Produktion, des Einsatzes der Produktionsfaktoren, gemessen am Verhältnis von Leistung zur Menge der eingesetzten Produktionsfaktoren. Wichtig für die Steuerung der Produktion ist die Kenntnis der Teilproduktivitäten, z. B. der Arbeitsproduktivität.

#### Erläuterung:

Im OP-Bereich kann Produktivität beispielsweise mittels Schnitt-/Naht-Auslastung der OP-Säle (Nutzungsgrad) dargestellt werden. Auch könnte man errechnen, wie viele Naroseminuten ein Anästhesist im Jahr erbringt oder wie viele Schnitt-/Naht Minuten von einer PK durchschnittlich im Jahr geleistet werden (Arbeitsproduktivität). Als unproduktiv gelten beispielsweise lange Wechselzeiten, hohe Wartezeiten, überdimensionierte Personalbindungen oder Materialverschwendung.

### Produktionsfaktoren

Produktionsfaktoren sind Sachgüter und Leistungen, die in den Produktionsprozess eingehen, etwa die menschliche Arbeit oder Informationen. Der Produktionsprozess wird auch beschrieben als Kombination der Produktionsfaktoren.

#### Erläuterung:

Produktionsfaktoren im OP sind unter anderem Mitarbeiter (Operateure, Anästhesisten, OP-Pflegekräfte, Anästhesiepflege etc.), Sachgüter (Instrumentensiebe, Implantate, KIT-Packs, Medikamente etc.), aber auch Gebäude, Gerätschaften oder Energie.

### Produkt

Ein Produkt ist das Ergebnis einer Produktion oder eines Prozesses, das von einem (Produktions-)Unternehmen zur Verfügung gestellt wird. Produkte sind somit Mittel zur direkten oder indirekten Bedürfnisbefriedigung von Dritten. Produkte können materieller, physischer (Güter) oder immaterieller (Dienstleistungen) Natur sein.

#### Erläuterung:

Im OP-Bereich werden in der Regel nicht Produkte generiert, sondern Dienstleistungen. Die Operation ist demnach eine Teildienstleistung, die im Rahmen der Gesamtdienstleistung „Krankenhausaufenthalt“ erbracht wird. Produkte wiederum werden aber immer benötigt, um eine Dienstleistung zu erstellen.

## Dienstleistung

Bei Dienstleistungen handelt es sich um immaterielle Güter, bei denen normalerweise Produktion und Konsum (Uno-actu-Prinzip) zeitlich zusammenfallen. Sie sind demzufolge nicht lagerfähig oder transportierbar.

### Erläuterung:

Die Dienstleistung Operation zeichnet sich dadurch aus, dass ihre zeitliche Ausprägung oft schwer kalkulierbar ist (z. B. individueller Operationsverlauf). Auch stellt die Einbeziehung sehr vieler unterschiedlicher Berufsgruppen oder die Nutzung weiterer Ressourcen und der Patienten-zustand selbst sehr hohe Anforderungen an die Planung und Durchführung dieser Dienstleistung.

## Absatz

Als Absatz eines Unternehmens wird die Menge der in einer Zeiteinheit (meist ein Jahr) verkauften Dienstleistungen oder Güter eines Unternehmens bezeichnet.

### Erläuterung:

Die Anzahl der geleisteten Operationen eines Krankenhauses kann als Absatz bezeichnet werden. Die Absatzplanung (oder Leistungsplanung) im OP-Bereich (z. B. wie viele Operationen sollen im nächsten Jahr in welcher Art

geleistet werden?) spielt gerade im Hinblick auf Budgetierung oder die Personalbedarfsrechnung für das OP-Management eine große Rolle.

## Optimaler Prozess

Der optimale Prozess (Best Practice) beschreibt die Unternehmensbemühungen, nach der bestmöglichen Methode vorzugehen, um diverse Teilprozesse so optimal wie möglich zu gestalten und zu einem Gesamtprozess zusammenzufügen. Hierbei können vorbildliche Lösungen entweder unternehmensintern, praxis- bzw. zielorientiert ermittelt oder im Anschluss der Betrachtung konkurrierender Unternehmen in eigene Prozesse implementiert werden.

### Erläuterung:

Der „optimale“ Prozess im OP-Bereich wird gekennzeichnet durch eine erstklassige Produktivität, kurze Durchlaufzeiten, optimale Ressourceneffizienz, maximale Verfügbarkeit, hohe Prozesssicherheit und großen monetären Prozessnutzen. Private Klinikbetreiber veröffentlichen vereinheitlichte Kennzahlen ihrer Leistungsbereiche und können dadurch direkte Vergleiche untereinander anstellen. Die gewonnenen Ergebnisse dienen auch dazu, besonders effiziente Bereiche zu identifizieren.

## 4. Organisation

### Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation eines Unternehmens beschreibt die notwendigen Beziehungen zwischen seinen Teilnehmern und die dazugehörigen Regelungen. In Organisationen stellt die Aufbauorganisation die Organisationseinheiten in eindeutige hierarchische Beziehungen zueinander. Regelungen der Aufbauorganisation sind Voraussetzungen für das Funktionieren einer Ablauforganisation.

#### Erläuterung:

Kern der Aufbauorganisation im OP-Bereich ist das OP-Organigramm, das die Einbindung des OP-Managements in die Gesamtorganisation beschreibt. Weitere Säulen der Aufbauorganisation im OP können beispielsweise OP-Satzung, Verfahrensanweisungen, OP-Standards, Stellenbeschreibungen, Kompetenzfestlegungen oder die OP-AG sein.

### Organigramm

Das Organigramm ist eine zusammenfassende Übersicht über Organisation und Aufgabenverteilung eines Unternehmens, von den Leitungsorganen bis zur Ebene der Basiseinheiten, unter grafischer Verdeutlichung der Über-/Unterordnungsverhältnisse und der Dienstwege.

#### Erläuterung:

Im Abgleich mit den hinterlegten Stellenbeschreibungen und den tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten können Aufgaben gegebenenfalls neu verteilt werden. Fachfremde Arbeitsprozesse können eventuell von anderen Organisationsmitgliedern übernommen werden und ermöglichen dadurch, freiwerdende personelle Ressourcen effizienter einzuplanen und den Workflow zu optimieren.

### Linienorganisation

Die Linienorganisation beschreibt streng hierarchisch die über- bzw. untergeordneten Organisationseinheiten. Jede Organisationseinheit hat einen direkten Vorgesetzten und einen oder mehrere nachgeordnete Bereiche.

#### Erläuterung:

In einer Linienorganisation kann beispielsweise der OP-Manager direkte Weisungsbefugnis gegenüber der OP-Gesamtleitung (und somit indirekt gegenüber dem OP-/Anästhesie-Pflegepersonal) haben. Eine OP-Gesamtleitung wiederum direkte Weisungsbefugnis gegenüber der OP- und der Anästhesieleitung, die OP-Leitung gegenüber der OP-Pflege oder die Anästhesie-Pflegeleitung gegenüber der Anästhesiepflege.

## Stabsorganisation

Die Stabsorganisation ist eine erweiterte Organisationseinheit der Linienorganisation. Der Stab arbeitet der ihr zugeordneten Linienstelle zu und unterstützt diese fachlich und quantitativ, Stäbe gelten auch als Kompetenzzentren. Innerhalb eines Organigramms sind Stabsstellen immer in ovaler Form dargestellt.

### Erläuterung:

Klassische Stabsstellen im heutigen Krankenhaus sind Hygiene, Controlling oder Qualitätsmanagement. Im Bereich des OP-Managements lohnen sich Stabsstellen nur in sehr großen OP-Einheiten und sind dort u. a. in den Bereichen Qualitätsmanagement, EDV oder Materialwirtschaft denkbar.

## Aufbauorganisation – OP-Satzung / OP-Statut

Die OP-Satzung bzw. das OP-Statut ist ein Regelwerk, das sich ein OP-Bereich selbst schafft, um OP-Abläufe verbindlich festzuschreiben. Die OP-Satzung fußt in der Regel auf Verfahrens-anweisungen, die einzelne Prozesse (z. B. morgendlicher Beginn) beschreiben. Die Kernaussagen einer OP-Satzung sollten in die sogenannten „10 Gebote“ auf einer Seite zusammengefasst und im OP für jeden Mitarbeiter sichtbar ausgehängt werden.

### Erläuterung:

Geregelt werden sollten in einer OP-Satzung beispielsweise ein gemeinsames Ziel der Mitarbeiter, der Umgang mit Pati-

enten, die OP-Planung, der morgendliche OP-Beginn, die OP-Wechsel, Integration von Notfällen, Einhaltung der Hygienevorschriften oder Maßnahmen bei Missachtung der Satzung.

## Aufbauorganisation – OP-AG

Die OP-AG stellt ein Forum dar, in dem benannte Vertreter der einzelnen Fachdisziplinen oder Abteilungen Problemstellungen des OP-Bereiches erörtern und einer Lösung zuführen. Die OP-AG tagt in geregelten zeitlichen Abständen und unterstützt das OP-Management. Die Arbeitsweise der OP-AG wird in einer sogenannten AG-Satzung geregelt.

### Erläuterung:

In der Praxis hat sich bewährt, die OP-AG monatlich einmal einzuberufen. Sie sollte nicht länger als anderthalb Stunden dauern und konkrete Maßnahmen erarbeiten, die wiederum in einem Protokoll bzw. einer LOP-Liste (Liste offener Punkte) festzuhalten sind. Die OP-AG sollte nicht mehr als acht Mitglieder haben und zu Beginn extern moderiert werden.

## Aufbauorganisation – OP-AG-Satzung

Die AG-Satzung ist das Regelwerk, das die Arbeitsweise der OP-AG verbindlich regelt. Sie ist von allen Mitgliedern zu unterschreiben und dient in strittigen Fragestellungen als Grundlage.

**Erläuterung:**

Festgelegt werden sollten in einer OP-AG-Satzung u. a. die Teilnehmer und deren Vertretungen, die Beschlussfähigkeit, die Art der Entscheidungsfindung (Mehrheits- oder Konsensentscheidung), die Ergebnissicherung (Protokolle) und Wertigkeit der getroffenen OP-AG-Entscheidungen.

**Aufbauorganisation – OP-Reservierung**

Die OP-Reservierung stellt die lang- und mittelfristige OP-Planung dar. Bei ihr werden nicht konkrete OP-Parameter geplant, sondern Zeitfenster für geplante, längere Operationen reserviert. Die OP-Reservierung wird am Vortag eines OP-Tages in den OP-Plan überführt.

**Erläuterung:**

Reserviert eine Abteilung schon längerfristig Slots für größere Operationen, kann die Beanspruchung von Mitarbeitern oder notwendigen anderen Ressourcen (z. B. Intensivkapazitäten) gleichmäßiger geplant werden.

**Aufbauorganisation – OP-Plan**

Der OP-Plan ist das von den jeweiligen OP-Nutzern am Vortag erstellte, verbindliche Dokument, das die Anzahl der elektiven Operationen und die notwendigen Zusatzinformationen dazu aufführt. Der OP-Plan sollte von einzelnen Fachabteilungen

generiert und dann vom OP-Management zu einem Gesamt-OP-Plan zusammengefasst werden.

**Erläuterung:**

Basisinhalte eines OP-Plans sind die geplante Operation, bei Bedarf die Seitenangabe, die Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsstatus, Aufnahmeart), die anfordernde Klinik, die geplante OP-Zeit, das geplante OP-Team und relevante Besonderheiten (z. B. HIV-Infektion). Sinnvoll erscheint es auch noch, die geplante Narkoseform und den geplanten Anästhesisten in den OP-Plan aufzunehmen. Die Abklärung, bis wann ein OP-Plan erstellt werden muss, sollte in der OP-Satzung festgelegt werden.

**Aufbauorganisation – OP-Planverantwortlicher**

Der planverantwortliche Operateur einer Fachabteilung ist der Mitarbeiter, der dem OP-Management für Fragestellungen der OP-Planung, der Planänderungen oder der Notfallintegration zur Verfügung steht. Planänderungen seitens einer Fachabteilung oder seitens des OP-Managements sollten nur über diesen Mitarbeiter kommuniziert sein.

**Erläuterung:**

Der Planverantwortliche sollte jeweils (pro Tag, Woche oder Monat) von der Leitung einer operierenden Abteilung benannt und auf dem OP-Plan vermerkt werden. Ände-

rungsanforderungen seitens anderer Mitarbeiter sind dann für das OP-Management nicht relevant.

### Aufbauorganisation – OP-Reporting

Das OP-Reporting ist die übersichtliche Darstellung von Kennzahlen, die der OP-Bereich erreicht hat. Es dient zur Darstellung der Leistungsfähigkeit des OP-Bereiches und zum Abgleich geplanter bzw. erreichter Soll- bzw. Istgrößen. Auch ist das OP-Reporting Bewertungsmaßstab für die Qualität eines OP-Managements.

#### Erläuterung:

Ein OP-Reporting muss auf einer Seite zusammengefasst und für die Nutzer verständlich sein. Es sollte pro Quartal erstellt und in der OP-AG diskutiert werden. Wesentliche Inhalte pro Klinik bzw. OP-Saal sind u. a. die Anzahl der Operationen, die Anzahl der Narkosen, die durchschnittlichen Schnitt-/Naht-Zeiten, die durchschnittliche Operateurpräsenz, die durchschnittliche OP-Pflegepräsenz, die durchschnittliche Anästhesiepräsenz, die durchschnittlichen Narkosezeiten, der erste Narkosepräsenzbeginn, der erste Einleitungsbeginn, der erste Schnittbeginn, die Schnitt-/Naht-Auslastungen (pro OP-Abteilung, pro OP-Saal, pro Wochentag), der Anteil der elektiven Operationen oder die Gesamtkapazitätsnutzung pro Klinik. Das

OP-Reporting sollte nach verschiedenen Zeitintervallen (z. B. Z1=07:31–16:00 Uhr, Z2=16:01–20:00 Uhr, Z3=20:01–07:30 Uhr und Z4 = Wochenende/Feiertage) aufbereitet werden und für die jeweiligen Kennzahlen Vergleichsauswertungen zu Vorperioden enthalten.

### Ablauforganisation

Die Ablauforganisation beschreibt die Prozesse und Abläufe (Workflow) einer Organisationseinheit. Dabei betrachtet die Ablauforganisation die Prozesse unabhängig von den hierarchischen Ebenen der Organisationsmitglieder. Bezogen auf ein Unternehmen bildet die Ablauforganisation zusammen mit der Aufbauorganisation die Betriebs- oder Unternehmensorganisation.

#### Erläuterung:

Das OP-Management steuert die Ablauforganisation im Hinblick auf verschiedene Ziele wie beispielsweise die gleichmäßige Saalkapazitätsauslastung, die Erhöhung der Produktivzeiten durch Verringerung der Durchlauf-, die Verringerung von Warte- und Leerzeiten, die Reduktion des Ressourcenverbrauchs oder die Erhöhung der Termintreue.

## 5. OP-Zeiten

### OP-Zeiten – Personalbindungszeit

Die Personalbindungszeit ist die Summe der Einzelbindungszeiten. Die Personalbindungszeit kann direkt am Patienten oder auch indirekt in zeitlichem Abstand vor oder nach einer Operation entstehen. Eine genaue Dokumentation der einzelnen Personalbindungszeiten dient auch zur Bestimmung des Gleichzeitigkeitsfaktors (Mitarbeiterbindung bei der Operation).

#### **Erläuterung:**

Beginn der ersten Tätigkeit für eine Operation bis zum Ende der letzten Tätigkeit für eine Operation.

### OP-Zeiten – Anästhesierüstzeit (Anästhesie-Bruttozeit)

Die Anästhesierüstzeit beinhaltet die Zeit für alle notwendigen Arbeiten zur Vorbereitung und Nachbereitung der Anästhesie und die morgendliche Inbetriebnahme der Narkosegeräte bzw. der dazugehörigen technischen Tests. Diese Zeit ist unabhängig von der Patientenanzwesenheit, d. h., sie kann entstehen, obwohl der Patient noch nicht oder nicht mehr im OP-Bereich anwesend ist.

#### **Erläuterung:**

Beginn der ersten Tätigkeit für eine Narkose bis zum Ende der letzten Tätigkeit einer Narkose.

### OP-Zeiten – OP-Pflegepräsenzzeit (Pflege-Bruttozeit)

Die OP-Pflegepräsenzzeit beinhaltet alle notwendigen Arbeiten zur Vorbereitung und Nachbereitung der OP-Pflege für eine Operation (z. B. Richten der OP-Tische). Diese Zeit ist unabhängig von der Patientenanzwesenheit, d. h., sie kann entstehen, obwohl der Patient noch nicht oder nicht mehr im OP-Bereich anwesend ist.

#### **Erläuterung:**

Beginn der ersten Tätigkeit der OP-Pflege für eine Operation bis zum Ende der letzten Tätigkeit für eine Operation.

### OP-Zeiten – Anästhesiepräsenz

Die Anästhesiepräsenz ist der Zeitraum von der ersten Übernahme eines Patienten im OP-Bereich durch die Anästhesie bis zur Übergabe des Operierten aus der Obhut des Anästhesisten an einen nachgeordneten Bereich (AWR, IMC, Intensivstation).

#### **Erläuterung:**

Beginn der ersten Tätigkeit der Anästhesie für einen Patienten bis zum Ende der letzten Tätigkeit der Anästhesie für einen Patienten.

### OP-Zeiten – Narkosebeginn

Der Beginn der Narkose ist das Spritzen des ersten Medikaments zur Einleitung der Narkose oder der Zeitpunkt der Hautdesinfektion bei regionalanästhesiologischen Verfahren. Die Dokumentation ist neben der medizinischen Notwendigkeit wichtig für die Erfassung der Kennzahl „reine Narkosezeit“.

#### **Erläuterung:**

Beginn der ersten Tätigkeit der Anästhesie für die direkte Narkose.

### OP-Zeiten – Operateurpräsenzzeit (OP-Bruttozeit)

Die Operateurpräsenzzeit beinhaltet alle notwendigen Arbeiten zur Vorbereitung und Nachbereitung der Operateure für eine Operation (z. B. Röntgenbildkontrolle). Diese Zeit ist unabhängig von der Patientenanzwesenheit, d. h., sie kann entstehen, obwohl der Patient noch nicht oder nicht mehr im OP-Bereich anwesend ist.

#### **Erläuterung:**

Beginn der ersten Tätigkeit des Operateurs für eine Operation bis zum Ende der letzten Tätigkeit für eine Operation.

### OP-Zeiten – Freigabe OP

Der Freigabezeitpunkt erfolgt durch das Anästhesieteam. Ab diesem Zeitpunkt ist der Patient für alle chirurgischen Maßnahmen frei. Die operativen Maßnahmen können parallel zu abschließenden anästhesiologischen (Annaht ZVK ...) erfolgen, solange sie diese nicht verhindern. Mit der Freigabe des Patienten beginnt die chirurgisch kontrollierte Zeit und markiert zugleich den Beginn der wertschöpfenden Produktivzeit.

#### **Erläuterung:**

Ende der Narkoseeinleitung und aller sonstigen Tätigkeiten am Patienten zur Narkosevorbereitung.

### OP-Zeiten – Säulenzeit

Die Säulenzeit markiert den Zeitraum, in dem der Patient den OP-Saal tatsächlich belegt, also im OP-Saal direkt vorhanden ist. Diese Zeit entsteht unabhängig von der Narkosezeit, da die Narkose für einen Patienten ja auch im OP-Saal ganz oder teilweise ein- bzw. ausgeleitet werden kann.

#### **Erläuterung:**

Erstes Eintreffen des Patienten im OP-Saal bis zum Ende der Patientenanzwesenheit.

### OP-Zeiten – Schnitt/OP-Beginn

Diese Zeitmarke stellt den Beginn der eigentlichen Operation – in der Regel nach erfolgtem erstem Hautschnitt (der ersten direkten Operationstätigkeit) – durch den Operateur dar.

#### Erläuterung:

Beginn des ersten Schnittes oder der ersten Tätigkeit des Operateurs am Patienten für die direkte Operation.

### OP-Zeiten – Naht/OP-Ende

Diese Zeitmarke dokumentiert das Beenden der eigentlichen Operation. Es erfolgt in der Regel durch das Ende der letzten Hautnaht des Operateurs.

#### Erläuterung:

Ende der letzten Naht oder der letzten Tätigkeit des Operateurs am Patienten für die direkte Operation.

### OP-Zeiten – Freigabe Anästhesie

Der Freigabezeitpunkt ist die Zeit, zu der der Operateur den Patienten zur Ausleitung der Narkose freigibt. Ab diesem Zeitpunkt benötigt der Patient keine Narkose mehr. Mit der Freigabe des Patienten endet die chirurgisch kontrollierte Zeit. Die Freigabezeit kann mit dem Zeitparameter Naht/OP-Ende übereinstimmen.

#### Erläuterung:

Ende der letzten Tätigkeit des Operateurs am Patienten für die direkte Operation.

### OP-Zeiten – Narkose-Ende

Die Narkose ist mit der Extubation oder dem Abbau des Vitalparametermonitorings beendet, der Patient kann aus dem OP-Bereich ausgeschleust werden. Bei Übergabe eines intubierten Patienten oder eines Patienten mit Leitungsanästhesie markiert diese Zeit das Ende der Anästhesiepräsenz bei Übergabe an einen nachgeordneten Bereich (AWR, IMC, Intensivstation).

#### Erläuterung:

Ende der letzten direkten Narkosetätigkeit durch den Anästhesisten am Patienten.

### OP-Zeiten – S-/N-Zeit/Reine OP-Zeit (OP-Nettozeit)

Die Schnitt-/Naht-Zeit bzw. die reine OP-Zeit definiert den Zeitraum des ersten Hautschnitts (der ersten direkten Operationstätigkeit am Patienten) nach Hinzutreten des Operateurs an das Operationsfeld bis zum Zeitpunkt der letzten Hautnaht (der letzten direkten Operationstätigkeit am Patienten). Die Schnitt-/Naht-Zeit kann auch als produktive Zeit bezeichnet werden.

**Erläuterung:**

Beginn des ersten Schnitts (bzw. der ersten direkten Operationstätigkeit) bis zum Ende der letzten Naht (bzw. der letzten direkten Operationstätigkeit).

**OP-Zeiten – Narkosezeit (Anästhesie-Nettozeit)**

Die Narkosezeit beinhaltet den Zeitraum von Beginn der Narkoseeinleitung bis zum Ende der Narkoseausleitung. Die Narkosezeit kann auch als produktive Zeit der Anästhesie gewertet werden. Interessant für das OP-Management ist der Abgleich zwischen OP-Nettozeit und Anästhesie-Nettozeit.

**Erläuterung:**

Beginn der ersten Maßnahme zur Narkoseeinleitung bis zur letzten Maßnahme der Narkoseausleitung.

**OP-Zeiten – Wechselzeit (Naht-/Schnitt-Zeit)**

Die Wechselzeit bezeichnet den Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt der letzten Naht eines Patienten und dem Zeitpunkt des ersten Schnitts des darauf folgenden Patienten. Es kann zwischen „echten“ Wechselzeiten (nach der vorherigen Operation erfolgt beabsichtigt die nächste Operation) und „unechten Wechselzeiten“ (nach der vorherigen Operation ist ursprünglich keine weitere Operation vorgesehen) unterschieden werden.

**Erläuterung:**

Ende der letzten Naht der vorherigen Operation bis Beginn des ersten Schnitts der darauf folgenden Operation.

**OP-Zeiten – Leerzeiten**

Leerzeiten sind die Zeitabschnitte, in denen ein OP-Saal ohne Nutzung bleibt, obwohl die personellen und materiellen Ressourcen ganz oder teilweise vorhanden bzw. einsatzbereit wären. Wartezeiten auf Operateure oder Anästhesisten werden hierbei nicht mit eingerechnet.

**Erläuterung:**

Die Frage der Kosten einer OP-Minute und damit auch die der Kosten für entstehende Leerzeiten kann nicht pauschal beantwortet werden, da zu deren Berechnung immer die Frage der tatsächlich für diese Operation notwendigen Personal- und Sachkostenaufwendungen betrachtet werden muss.

**Outsourcing**

Unter Outsourcing versteht man das Ausgliedern von Tätigkeiten auf externe Dienstleister oder den Zukauf von Leistungen außerhalb des eigenen Unternehmens. Dadurch können bisher hausinterne Leistungen an Dienstleister fremdvergeben wer-

den, die durch einen hohen Spezialisierungsgrad entsprechende Leistungen entweder kostengünstiger oder hochwertiger erstellen können.

**Erläuterung:**

Das Outsourcing birgt Chancen und Risiken. Gibt es keinen echten externen Markt an Anbietern (wie z. B. bei der Sterilgutversorgung), der die Kosten oder die Qualität der gelieferten Produkte negativ beeinflusst, kann eine Abhängigkeit für das Krankenhaus entstehen. Ist ein guter Anbietermarkt vorhanden, können Investitionskosten eingespart oder fixe Kosten in variable Personalkosten umgewandelt werden. Unterm Strich verliert ein Unternehmen durch Outsourcing aber immer an Einfluss auf die eigene Dienstleistungsqualität.

## Insourcing

Unter Insourcing kann das Erbringen von Tätigkeiten, die für das eigene Unternehmen erbracht werden, zusätzlich auch für andere Unternehmen verstanden werden. Insourcing-Aktivitäten werden gestartet, um eigene Kapazitäten besser auslasten zu können oder zusätzliche Einnahmen zu generieren.

**Erläuterung:**

Den OP-Bereich betreffend wäre Insourcing beispielsweise im Bereich der Sterilgutversorgung vorstellbar. Der haus-

eigene Steribereich übernimmt die Aufbereitung und Sterilisation von sieben anderen Krankenhäusern und erwirtschaftet somit Kapital, um die eigene Sterilgutversorgung durch personelle oder maschinelle Investitionen zu stärken.

## 6. Investition

### Investition

Eine Investition ist die Bereitstellung von materiellen oder immateriellen Ressourcen, um eine Wertsteigerung der Unternehmung zu erzielen oder auf eine intern definierte Markterwartung oder extern vorgegebene Marktentwicklung reagieren zu können.

#### Erläuterung:

Bei der Planung eines neuen OP-Traktes kann es anhand von prospektiven Zukunftsszenarien sinnvoll sein, in zahlenmäßig mehr OP-Säle zu investieren, wenn es aus strategischer Sicht zu erwartenden Fallzahlsteigerungen kommen soll, die nur über zusätzlich räumliche Kapazitäten erfolgen kann. Investitionen sollten somit längerfristige Nutzungspotenziale haben, um bestenfalls Gewinne zu erzielen, die erneut in den Leistungsprozess angelegt werden können.

### Immaterielle Investition

Immateriell sind Investitionen, die dazu geeignet sind, die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens nicht oder nur indirekt greifbar, aber dauerhaft zu stärken.

#### Erläuterung:

Immaterielle Investitionen sind die Qualifizierung der Mitarbeiter, die Erhöhung des Krankenhausimages oder auch die Bereitstellung effizienter Ablaufstrukturen im OP.

### Nettoinvestition

Die Nettoinvestition eines Unternehmens ist der Investitionsbetrag, der die Reinvestition oder Ersatzinvestition einer Periode übersteigt. In der Regel bedeutet eine Nettoinvestition, immer Geldmittel für neue, noch nicht vorhandene Bereiche oder Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

#### Erläuterung:

Nettoinvestitionen als Erstinvestitionen fallen nur einmalig bei der Errichtung eines neuen OP-Saales oder Kauf der benötigten technischen Apparaturen an. Investitionen für die Errichtung eines Krankenhauses inklusive der benötigten Erstausrüstung mit den für den Betrieb notwendigen Anlagegütern sollen von den Ländern finanziert werden.

## Reinvestition

Eine Reinvestition dient dem Wiederauffüllen der Ressourcen, die entweder durch Gebrauch oder Verbrauch den Bestand bzw. Zustand von Produktionsfaktoren vermindert haben.

### Erläuterung:

Kleinere Baumaßnahmen oder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter werden im Rahmen der Pauschalförderung durch jährliche Pauschalbeträge gefördert (§ 9 Abs. 3 KHG). Kriterien und Höhe der Beträge sind in den jeweiligen Landeskrankengesetzen geregelt. Die Versorgungsstufe eines Krankenhauses bestimmt die Höhe der Pauschalförderung. Im Rahmen der Zweckbindung kann jedes Krankenhaus über diese Förderungssummen zur Reinvestition verfügen.

## Reinvestition – Rationalisierungsinvestition

Eine Rationalisierungsinvestition ist eine Investition, die ein noch gebrauchsfähiges Objekt, Gerät oder organisatorisches Konstrukt durch ein anderes ersetzt, das wirtschaftlichere arbeitet. Der Erfolg einer Rationalisierungsinvestition wird am Amortisationszeitpunkt (ab da hat sich die Investition gelohnt) gemessen.

### Erläuterung:

Die Verwendung von im OP- und Anästhesiebereich verwendeten Mehrwegprodukten ist aus ökonomischer Sicht oftmals kostenintensiver als die Umstellung auf Einmalprodukte, wie z.B. der Einsatz von Single-use-Kehlkopfmasken. Hierdurch entfallen personalintensive Prozesse für die Auf- und Nachbereitung. Freiwerdende Personalressourcen können wieder für Kernprozesse bereitgestellt werden.

## Reinvestition – Ersatzinvestition

Die Ersatzinvestition ist eine Investition, die ein nicht mehr gebrauchsfähiges oder optimal gebrauchsfähiges Objekt, Gerät oder organisatorisches Konstrukt durch ein neues (in der Regel mit der gleichen Beschaffenheit) ersetzt.

### Erläuterung:

Die Maßnahme, einen alten, reparaturanfälligen OP-Tisch durch einen gleichwertigen neuen OP-Tisch zu ersetzen, kann beispielsweise als Ersatzinvestition bezeichnet werden.

## Reinvestition – Diversifizierungsinvestition

Die Diversifizierungsinvestition ist eine Investition, die zum Ziel hat, eine Veränderung der Angebotspalette eines Unternehmens

zu bewirken. Ursachen können entweder der Wunsch sein, neue Märkte zu erschließen oder vorhandene Märkte durch Aufteilung der Angebote zu sichern.

**Erläuterung:**

Eine klassische Diversifizierungsinvestition von Krankenhäusern ist die Aufteilung der (früheren) Abteilung „Allgemeinchirurgie“ in die beiden Abteilungen „Viszeralchirurgie“ und „Traumatologie“. Dadurch können neue Patienten gewonnen werden, und das Risiko der Chirurgie wird auf zwei Schulden verteilt.

### Reinvestition – Umstellungsinvestition

Die Umstellungsinvestition ist der Einsatz von Geldmitteln, um entweder unausgelastete Kapazitäten verstärkt nutzen zu können oder Ressourcen gegen andere auszutauschen, weil diese qualitativ besser sind oder eine höhere Produktivität ermöglichen.

**Erläuterung:**

Der Aufbau von multifunktionalen OP-Sälen kann als Umstellungsinvestition bezeichnet werden, da hierdurch OP-Saal-Kapazitäten besser genutzt werden können. Auch der Wechsel von Mehrmalmaterial in Einmalmaterial ist eine typische Umstellungsinvestition.

### Reinvestition – Sicherungsinvestition

Sicherungsinvestitionen werden vorgenommen, um den Bestand eines Unternehmens gegenwärtig abzusichern oder zukünftig zu sichern.

**Erläuterung:**

Sowohl bauliche Maßnahmen im OP oder die Bildung von Rücklagen als auch die Investition in neue diagnostische oder therapeutische Verfahren können als Sicherungsinvestition bezeichnet werden.

## 7. Finanzierung

### Außenfinanzierung

Die Außenfinanzierung ist die Form der Finanzierung, bei der einem Unternehmen Gelder durch Kapitalgeber von außen entweder durch eine externe Eigenfinanzierung oder durch eine externe Fremdfinanzierung zugeführt werden.

#### Erläuterung:

Nimmt ein Krankenhaus Kredite auf, um beispielsweise den OP-Bereich zu sanieren, ist dies eine klassische Außenfinanzierung. Auch Konsignationslager können z. B. als Außenfinanzierung gelten, da das ein Lager bestückende Unternehmen die Kapitalbindungskosten übernimmt, bis das Material tatsächlich verbraucht worden ist.

### Innenfinanzierung

Die Innenfinanzierung ist die Form der Finanzierung, bei der sich ein Unternehmen Finanzmittel aus Rücklagen oder dem eigenen Betriebs- und Umsatzprozess beschafft.

#### Erläuterung:

Die Beschaffung von neuen Gerätschaften für den OP-Bereich oder bauliche Maßnahmen, die beispielsweise aus

erwirtschafteten Überschüssen eines Krankenhauses finanziert werden, können als innenfinanziert bezeichnet werden.

### Fremdkapital

Fremdkapital ist ein Sammelbegriff für alle einem Unternehmen von fremden Kapitalgebern zeitlich befristet zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel. Das Fremdkapital besteht meist aus Bankverbindlichkeiten oder Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und wird auf der Passivseite (rechts) einer Bilanz ausgewiesen.

#### Erläuterung:

Die Höhe des Anteils von Fremdkapital im Verhältnis zum Eigenkapital sollte nicht zu hoch sein, weil Krankenhäuser in einem solchen Fall viel Zinsen zahlen müssen und diese Mittel nicht für notwendige Investitionen bereitstehen.

### Eigenkapital

Unter Eigenkapital werden jene finanziellen Mittel verstanden, die einem Unternehmen entweder unentgeltlich zur Verfügung gestellt oder im Unternehmen erwirtschaftet und belassen wurden.

**Erläuterung:**

Die Höhe des Anteils des Eigenkapitals eines Krankenhauses wird in der Eigenkapitalquote gemessen. Als Mindestquote werden ca. 22 bis 40% genannt. Eine hohe Eigenkapitalquote macht ein Krankenhaus unabhängiger, erhöht seinen Wert und lässt es eher Unternehmenskrisen überstehen.

**Leasing**

Leasing (englisch „to lease“) bedeutet so viel wie mieten oder pachten. Beim Leasing wird dem Leasingnehmer (Kunde) ein Leasinggegenstand (eine Ware) von einem Leasinggeber (Hersteller, Finanzierer) auf Grundlage eines Leasingvertrages zur Verfügung gestellt. Leasingverträge haben ähnliche Eigenschaften und Funktionsweisen wie ein Mietvertrag. In einem Leasingvertrag werden Raten festgelegt, die der Leasingnehmer zahlen muss, dass der Hersteller oder Finanzierer seine Kosten deckt und daraus noch Gewinn erzielen kann.

**Erläuterung:**

Der Vorteil der Leasingfinanzierung von Geräten oder Instrumentarien für ein Krankenhaus hängt sehr stark von den haushaltsrechtlichen Umfeldbedingungen, den steuerlichen Fragestellungen und aber auch der Leasingbedingungen selbst ab. Prinzipieller Vorteil von Leasingfinan-

zierungen für ein Krankenhaus ist die Erhöhung der Liquidität.

**Drittmittel**

Drittmittel sind alle Geld-, Sach- oder sonstigen Leistungen von öffentlicher oder privater Seite, die einem Krankenhaus oder einem seiner Mitglieder für die Forschung, Behandlung oder Pflege gewährt werden, ohne dass dafür eine Gegenleistung im Sinne eines Austauschverhältnisses vereinbart oder erwartet wird. Die Leistungen bestehen vor allem aus Geldüberweisungen, aber auch aus Spenden oder Erbschaften. Sie sind meist zweckgebunden.

**Erläuterung:**

Das Eintreiben oder die Annahme von Drittmitteln ist für ein Krankenhaus oder einen OP-Manager nicht ganz problemlos und muss primär unter dem Aspekt betrachtet werden, dass durch die Drittmittelannahme kein Abhängigkeitsverhältnis entsteht oder ein chancengleicher Wettbewerb verhindert wird.

## Duale Krankenhausfinanzierung

Die duale Krankenhausfinanzierung besagt, dass Krankenhäuser zum einen durch Investitionen aus dem Budget der Bundesländer (also über Steuern), zum anderen über die Einnahmen der Krankenkassen (also über Beiträge) finanziert werden. Die Bundesländer haben demnach dafür zu sorgen, dass die Versorgungsstruktur aufrechterhalten wird, die Krankenkassen dafür, dass der Patient innerhalb der Versorgungsstrukturen auch behandelt werden kann.

### Erläuterung:

Die Mitarbeiter des OP-Bereiches werden aus den Erlösen z. B. der DRGs seitens der Krankenkassen finanziert, neue OP-Trakte oder Reinvestitionen (wie Blutdruckmanschetten) seitens der Investitionsmittel der Bundesländer.

## Pauschale Fördermittel

Pauschale Fördermittel sind Investitionsmittel, die von den Ländern primär für Ersatzinvestitionen von kurzlebigen Gebrauchsgütern zur Verfügung gestellt werden. Einen rechtlichen Anspruch hierauf besitzen alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind (KHG). Pauschale Fördermittel werden je Bett oder Fall unabhängig vom jeweiligen Bedarf, aber in Abhängigkeit der jeweiligen Versorgungsstufe jährlich bereitgestellt (§9 KHG). Je höher die Versorgungsstufe ist, desto höher die pauschale Förderung.

### Erläuterung:

Ein Krankenhaus der Maximalversorgung erhält einen höheren Investitionsbetrag als eines der Grund- und Regelversorgung. Die Frage, ob dieser Betrag pro Bett oder pro Fall bezahlt wird, ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt.

## DRG (Diagnosis Related Groups)

DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem, mit dem einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnosen, Schweregrad, Alter usw.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Die meisten DRG-Systeme haben zwischen 500 und 1.000 unterschiedliche Gruppen. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind. Der Erlös einer DRG errechnet sich aus: Anzahl der DRGs x Basisfallwert (Baserate) x Relativgewicht.

### Erläuterung:

Die Identifikation hoch profitabler bzw. Schlüssel-DRGs ist für den wirtschaftlichen Betriebserfolg einer Operationsabteilung von entscheidender Bedeutung. Die Optimierung der Steuerung von Ressourcen muss dazu führen, innerhalb des DRG-Systems qualitativ hochwertige, sichere und vor allem kostendeckende Leistungen zu generieren.

Eine Liste mit allen DRGs und deren Bewertungsrelationen befindet sich im Anhang des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).

### DRG – Kodierrichtlinien

Um die gesetzlich vorgegebene leistungsgerechte Vergütung der Krankenhäuser zu ermöglichen, ist es unerlässlich, dass vergleichbare Krankenhausfälle auch derselben DRG zugeordnet werden. Diese Forderung kann jedoch nur dann erfüllt werden, wenn Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden. Kodierrichtlinien regeln und unterstützen diesen Prozess, um möglichst auch in schwierigen Fällen eine eindeutige Verschlüsselung zu ermöglichen.

#### Erläuterung:

Innerhalb der Kodierrichtlinien ist beispielsweise zum Begriff der signifikanten Prozedur (also auch die Operation) Folgendes festgelegt: „Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS301 abbildbar sind, sind zu kodieren. Diese schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.“

### DRG – ICD 10

Die Abkürzung ICD steht für International Classification of Diseases and Related Health Problems und wird von der WHO veröffentlicht, die aktuelle Ausgabe wird als ICD-10 bezeichnet. Die im ICD-10 verschlüsselten Diagnoseangaben werden zur Eingruppierung der Patienten (stationär und ambulant) verwendet. In Deutschland wird der ICD durch das DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) übersetzt und für das deutsche Gesundheitswesen modifiziert.

#### Erläuterung:

Diagnosen können in Einweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen unterteilt werden. Für das OP-Management spielt die sogenannte OP-Plan-Diagnose eine Rolle. Die Dokumentation dieser Diagnose kann Aufschluss darüber geben, inwieweit die Patienten ausdiagnostiziert (Negativbeispiel: unklarer Bauch) sind, bevor diese auf dem OP-Plan erscheinen.

### DRG – Hauptdiagnose HD

Nach den Kodierrichtlinien ist die Hauptdiagnose die Diagnose, „... die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“ Für die Vergütung im DRG-System durch die Krankenkassen ist die Hauptdiagnose entscheidend.

**Erläuterung:**

Für das OP-Management wichtig erscheinen die dort verankerten Definitionen von einer „Hauptprozedur“, der „nicht vollendeten oder unterbrochenen Prozeduren“ sowie der „Wiedereröffnung eines OP-Gebietes/Re-OP“.

**DRG – OPS 301**

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die Prozedurenklassifikation für Leistungsnachweise und dient den Krankenhäusern zur Abrechnung mit den Kostenträgern. Das Suffix 301 bezieht sich auf den §301 SGB V. Der OPS wird jährlich durch das DIMDI modifiziert und veröffentlicht. Jede Operation oder Prozedur wird mithilfe des OPS 301 verschlüsselt und ist entscheidend für die Abrechnung einer DRG.

**Erläuterung:**

Für das OP-Management ist die Auflistung der Operationen nach OPS 301 quasi so etwas wie die Leistungsstatistik. Die Frage, inwieweit der im OP dokumentierte OPS-Schlüssel auch tatsächlich relevant in die Erlösgestaltung eingeht, wird jedoch nicht durch die OP-Diagnose, sondern mithilfe der Hauptdiagnose entschieden.

**DRG – Baserate / Basisfallwert**

Der durchschnittliche Preis eines Behandlungsfalles wird auch Basisfallwert genannt. Die Höhe der DRG ergibt sich aus dem Basisfallwert und dem Relativgewicht der jeweiligen Diagnose. Der Basisfallwert kann hausintern, landesweit oder bundesweit berechnet werden.

**Erläuterung:**

Bis 2010 werden die hausinternen Basisfallwerte der Krankenhäuser an den jeweils landesweiten Basisfallwert angepasst, bis 2014 sollen die landesweiten Basisfallwerte bundesweit angepasst werden (Konvergenzphase). Krankenhäuser, deren hausinterner Basisfallwert niedriger ist als der landesweite Basisfallwert, werden als Konvergenzgewinner bezeichnet.

**DRG – Case-Mix**

Der Case-Mix ist die Summe der von einem Krankenhaus in einem bestimmten Zeitraum abgerechneten Relativgewichte im Rahmen der DRGs.

**Erläuterung:**

Für das OP-Management ist es wichtig, den Zusammenhang zwischen Case-Mix und Ressourceneinsatz zu kennen. Es gibt Operationen, bei denen der Case-Mix niedrig

ist, sich der Ressourceneinsatz jedoch erhöht. Dies bedeutet, dass die Gefahr besteht, dass der OP-Bereich weniger kostendeckend arbeitet.

### DRG – Case-Mix-Index (CMI)

Der Case-Mix-Index („Fallschwere-Index im DRG-System“) beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle gemessen an einer Skala, die dem Gesamt-Ressourcenaufwand entspricht. Er stellt ein Maß für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausfälle dar.

#### Erläuterung:

Ein Krankenhaus mit einem hohen CMI muss weniger Patienten behandeln, um das gleiche Budget zu erhalten, als ein Krankenhaus mit niedrigem CMI. Ein hoher CMI weist auf ein hochwertiges Leistungsspektrum hin, aus diesem Grund ist für das OP-Management die Kenntnis des CMI pro operierende Klinik nicht unwichtig.

### DRG – Relativgewicht

In der Systematik des DRG-Systems ist jeder DRG ein definiertes Kostengewicht zugeordnet. Durch die Relativgewichte wird festgelegt, wie teuer bzw. wie billig ein konkreter Fall bezogen auf einen Standardwert mit dem Relativgewicht von 1,0 ist.

#### Erläuterung:

Eine DRG mit dem Relativgewicht von 2,0 bedeutet, dass der Fall als doppelt so schwer angesehen wird, als ein Durchschnittsfall. Aus diesem Grund erhält das Krankenhaus eine doppelt so hohe – auf den Basisfallwert bezogene – Vergütung (also Basisfallwert x 2,0).

### DRG – Grenzverweildauer

Die Verweildauer ist relevant für die Falldefinition als Kurz- oder Langlieger. Unterschieden wird zwischen oberer Grenzverweildauer (OGVD) und unterer Grenzverweildauer (UGVD). Bei Überschreiten der OGDV werden Zuschläge zum Erlös, bei Verletzung und Unterschreitung der UGVD werden Abschläge vom Erlös vorgenommen. Die Festlegung der Grenzverweildauer soll dazu beitragen, die Qualität und Sicherheit der Behandlungen zu gewährleisten.

#### Erläuterung:

Die Vorgabe einer kalkulierten durchschnittlichen Verweildauer pro Fall hat spürbar mehr Auswirkungen auf den OP-Bereich. Die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer, insbesondere der chirurgischen Patienten, bedeutet für die Krankenhäuser entweder einen Abbau der vorgehaltenen Kapazitäten oder eben das Ziel, mehr Fälle innerhalb des angestrebten Betrachtungszeitraums zu behan-

deln. Die GVD's sind innerhalb der Liste der DRGs aufgeführt, die sich im Anhang des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) befindet.

### DRG – Patientenbezogener Gesamt-Schweregrad (PCCL)

Als PCCL (englisch „Patient Clinical Complexity Level“) wird der nach einer aufwendigen mathematischen Formel berechnete Wert zwischen 0 und 4 bezeichnet, der den patientenbezogenen medizinischen Gesamtschweregrad bei einer DRG beschreibt. Einer Basis-DRG können ein oder mehrere PCCL-Stufen zugeordnet werden.

#### **Erläuterung:**

Vorteil des PCCL ist, dass DRGs unterschiedlichster Fachrichtungen im Hinblick auf deren medizinische Ausprägung und somit auch Beanspruchung verglichen werden können. Für das OP-Management spielt der PCCL keine wesentliche Rolle.

### DRG – Fehler-DRG

Alle fehlerhaft kodierten, unzulässigen oder nicht zuordenbare Patientenfälle werden als Fehler-DRGs zugeordnet. Diese dienen zur Abbildung von bestimmten, unerwünschten Dokumentationsergebnissen und beginnen mit 9 (z.B. „960Z – Nicht gruppierbar“ oder „961Z – Unzulässige Hauptdiagnose“).

#### **Erläuterung:**

Nicht richtig kodierte, als Fehler-DRGs abgelegte Fälle können zu Erlösverlusten führen, die wiederum bei OP-Leistungen der OP-Bereich mitzutragen hat.

### DRG – Grouper

Die vom Krankenhaus abzurechnende DRG wird mittels von sogenannten Groupern ermittelt. Dabei handelt es sich um verschiedene auf dem Markt angebotene Softwareprodukte, die einen Krankenhausfall anhand verschiedener Parameter, wie z. B. Hauptdiagnose, Prozeduren und Alter des Patienten, einer DRG zuordnet. Der Grouper ermittelt ebenfalls auch den Erlös, den ein Krankenhaus mit der jeweiligen DRG erzielt.

#### **Erläuterung:**

Im Internet werden diverse Online-Grouper zur Verfügung gestellt, mit denen der OP-Manager selbstständig die Wirkungsweise von Veränderungen des OPS 301 gerade auch auf den Erlös testen kann.

## 8. Kostenrechnung

### Personalkosten

Personalkosten umfassen alle materiellen Aufwendungen für die Bereitstellung und den Einsatz menschlicher Arbeitskraft in einem Unternehmen. Diese setzen sich zusammen aus den Lohnkosten, den Lohnnebenkosten I (tarifliche, gesetzliche Lohnnebenkosten) und den Lohnnebenkosten II (vom Arbeitgeber freiwillig übernommene Leistungskosten). Anteilig an den Gesamtkosten eines Krankenhauses betragen die Personalkosten ca. 60 % bis 70 %.

#### Erläuterung:

Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag (§109 SGB V) müssen für die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten das notwendige Personal vorhalten, sodass im Bedarfsfall Operationen erfolgen können. Ob der Bedarfsfall eintritt oder nicht, kann nicht vorhergesagt werden. Dies wirkt sich auf die Kosten-Nutzen-Relation der Personaleinsatzkosten im OP-Bereich negativ aus.

### Sachkosten

Die Sachkosten beinhalten alle materiellen Aufwendungen für die Erstellung von Produkten oder Dienstleistungen in einem

Unternehmen. Im Krankenhaus bestimmen die Sachkosten (z. B. medizinischer Sachbedarf, Wirtschaftsbedarf, Wasser, Energie, Lebensmittel, Verwaltung) 30 % bis 40 % der Gesamtkosten.

#### Erläuterung:

Gerade im OP nehmen die Sachkosten (besonders in der Endoprothetik) einen immer größeren Stellenwert ein. Medizinische Sachgüter sollten in einer ABC-Analyse (A = hohe Kosten, C = hohe Anzahl) kategorisiert werden, wobei A-Güter (wie Implantate, Transplantate, Blutkonserven ...) möglichst patientenbezogen zu erfassen sind, um diese Kosten direkt den DRGs zuordnen zu können.

### Fixe Kosten

Fixe Kosten sind diejenigen Kosten, die innerhalb bestimmter Beschäftigungsgrenzen und eines bestimmten Zeitraums keine Veränderungen ermöglichen (wie Tariflöhne, Mieten, Energiekosten, Versicherungen ...). Sie fallen immer an, unabhängig von der Ausbringungsmenge.

#### Erläuterung:

Die Gehälter von OP-Personal sind als fixe Kosten zu bezeichnen, sie werden bezahlt, unabhängig davon, wie viele Operationen erbracht worden sind. Somit können fixe Kosten nicht über die Ausbringungsmenge gesteuert werden.

Fixe Personalkosten können beispielsweise durch Leiharbeit oder Outsourcing in variable Personalkosten umgewandelt werden.

### Variable Kosten

Variable Kosten sind Kosten, die sich bei schwankenden Beschäftigungsgraden unmittelbar ändern (z.B. beschäftigungsabhängige Materialkosten, Fertigungskosten) Sie können entweder Einzelkosten oder Gemeinkosten sein und fallen nur an, wenn Leistungen erstellt werden, sind also abhängig von der Ausbringungsmenge.

#### Erläuterung:

Variable Kosten sind diejenigen Kosten, die in Abhängigkeit der Häufigkeit einer Operation entstehen. Je mehr Eingriffe durchgeführt werden, desto mehr Kosten für Verbrauchsmaterial wie Abdeckungen, Siebe, Prothesen entstehen. Sie verhalten sich also proportional zur Leistungserstellung.

### Gemeinkosten

Gemeinkosten sind Kosten, die gemeinsam für mehrere Leistungen anfallen, insbesondere Kosten, die keinem Produkt (keiner Leistung) als Kostenträger allein zugeordnet werden können. Gemeinkosten werden deshalb nach einem Schlüssel, also

pauschal umgelegt oder aber über die innerbetriebliche Leistungsverrechnung. Gemeinkosten werden auch „Overheads“ oder neudeutsch „Overheadkosten“ genannt. Gemeinkosten steigen oder sinken nicht proportional zur Leistungsmenge. Je nach Zurechenbarkeit wird unterschieden zwischen „echten Gemeinkosten“ (z.B. Gehälter, Energiekosten, Gebühren etc.) und „unechten Gemeinkosten“ (medizinischer Sachbedarf, der von allen Leistungserbringern genutzt wird).

#### Erläuterung:

Klassische echte Gemeinkosten im OP-Bereich sind beispielsweise Energiekosten für den OP-Saal, unechte Gemeinkosten sind z.B. die verwendeten Hautdesinfektionsmittel oder Verbandsmaterialien.

### Grenzkosten

Grenzkosten sind variable Kosten, deren Höhe abhängig ist von der Veränderung der Leistungsmenge in der Spitze (Leistungsmenge plus 1 oder minus 1) oder die bei Wegfall eines Teils der bisher erbrachten Leistungen entfallen. Grenzkosten sind relevant, wenn die variablen Kosten nicht proportional zur Leistungsmenge steigen oder fallen, z.B. aufgrund von Kostenvorteilen bei höherer Leistung.

**Erläuterung:**

Für jede zusätzliche Operation, die ein OP-Bereich leistet, entstehen zusätzliche Kosten (Grenzkosten). Eventuell müssen ab einer gewissen Leistungsgrenze neue Mitarbeiter eingestellt werden. In diesem Falle würden sich die Kosten pro Operation erhöhen, da der neue Mitarbeiter auf alle Operationen umgerechnet werden muss. Es könnte aber auch sein, dass die Kosten für eine weitere Operation niedriger ausfallen, da der OP-Bereich beispielsweise mehr Produkte von einem Lieferanten abnimmt und dadurch die Kosten pro Produkt sinken.

**Transaktionskosten**

Transaktionskosten sind „Marktbenutzungskosten“, die entstehen, wenn Produzenten, Dienstleister oder Kunden, die auf einem Markt tätig sind, Informationen sammeln und Verträge aushandeln müssen. Unterschieden werden kann zwischen Anbahnungskosten (z. B. Informationssuche) und Vereinbarungskosten (z. B. Verhandlungen). Wichtig ist die Betrachtung der Transaktionskosten für die Prüfung von Outsourcing- bzw. Privatisierungsmöglichkeiten.

**Erläuterung:**

Wenn das OP-Management beispielsweise neue OP-Tische beschaffen möchte, entstehen Transaktionskosten durch Messebesuche, Marktanalysen oder Vertragsverhandlungen.

**Opportunitätskosten**

Opportunitätskosten oder Alternativkosten sind die in Geld oder Mengen ausgedrückten entgangenen Nutzen oder der Ertrag, der durch eine alternative Verwendung eines eingesetzten Gutes oder Produktionsfaktors erzielbar gewesen wäre. Sie entstehen immer dadurch, dass Ressourcen nur einmal verwendet und nicht gleichzeitig anderen Zwecken zugeführt werden können.

**Erläuterung:**

Die Steuerung der Leistungserbringung durch das OP-Management muss stringent unter einer ökonomischen Perspektive erfolgen, um Opportunitätskosten zu vermeiden. Opportunitätskosten könnten theoretisch dann entstehen, wenn zugunsten schlecht vergüteter Eingriffe lukrative Operationen abgesetzt werden würden.

**Kapitalbindungskosten**

Kapitalbindungskosten sind Kosten, die dadurch entstehen, dass ein Unternehmen für die Produktion oder die Dienstleistung benötigte Materialien oder Ressourcen einkauft, aber noch nicht verarbeitet. Hierdurch wird Kapital gebunden, das dann nicht für andere Investitionsanforderungen genutzt werden kann.

**Erläuterung:**

Kapitalbindungskosten werden im OP-Bereich meist durch überdimensionale Lagerhaltung bzw. ein nicht ausreichend gesteuertes Materialmanagement verursacht. Kapitalbindungskosten können durch die Einrichtung eines Konsignationslagers vermindert werden.

**Kalkulatorische Kosten**

Kalkulatorische Kosten sind Kosten, die nicht mit tatsächlichen Geldströmen übereinstimmen, sondern vielmehr zu den realen Kosten hinzugerechnet werden, um erwartete Gewinne oder antizipierte Kosten bereits in der Kalkulation des Produktes oder der Dienstleistung einzuberechnen.

**Erläuterung:**

Kalkulatorische Kosten werden benötigt, um eine faire, vergleichbare Kostenstruktur u.a. bei der Kalkulation eines Profit-Centers zu gewährleisten. Wären beispielsweise die Mitarbeiter in einem OP-Bereich bereit, 50% unter dem Lohn eines anderen OP-Bereiches zu arbeiten, wäre ein Kostenvergleich beider Bereiche betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll.

**Preis**

Der Preis ist der Gegenwert für ein Produkt oder eine Dienstleistung, der meist in Geld ausgedrückt wird. Ein Preis setzt sich in der Regel aus den Kosten (für die Erstellung, Vermarktung etc.) und dem gewünschten Gewinn zusammen.

**Erläuterung:**

Preise im Krankenhausbereich können nur relativ selten gestaltet werden, da in der Regel die Erlöse (z.B. DRG) vorgegeben sind.

**Umsatz**

Unter Umsatz wird das Ergebnis des Absatzes von Dienstleistungen oder Gütern innerhalb einer Zeitperiode, multipliziert mit den jeweiligen Erlösen, verstanden. Der Umsatz trifft keine Aussage über den Gewinn eines Unternehmens.

**Erläuterung:**

Der Umsatz eines OP-Bereiches könnte als „Anzahl der geleisteten Operationen multipliziert mit dem bei einer DRG kalkulierten Anteil der Operationserlöse“ bezeichnet werden. Für das OP-Management sind Umsatzzahlen nicht unwichtig, lassen sich hieraus doch wesentliche Argumente für die Notwendigkeit zusätzlicher Ressourcen (z.B. Mitarbeiter) gegenüber der kaufmännischen Krankenhausleitung ableiten.

## Cash Flow

Als Cash Flow wird der Überschuss der regelmäßigen betrieblichen Einnahmen über die regelmäßigen laufenden betrieblichen Ausgaben bezeichnet. Der Cash Flow stellt also den Betrag dar, der sich ergibt, wenn man von den Einnahmen die Ausgaben abzieht. Er gibt an, in welchem Maße beispielsweise ein Krankenhaus Finanzmittel aus eigener Kraft erwirtschaftet hat.

### Erläuterung:

Je aktueller und qualifizierter die Leistungsbereiche beispielsweise der Patientenadministration abrechnungsrelevante Daten (z.B. OPS 301) liefern, desto schneller kann die Patientenabrechnung durch das Krankenhaus erfolgen. Wenn die Krankenkasse die Rechnung dann auch noch zügig begleicht, wird der Cash Flow erhöht.

## Kostenarten

Kostenarten (welche Kosten sind angefallen) beschreiben die Art der angefallenen Kosten und werden insbesondere in Personal- und Sachkosten gegliedert. Die Kostenartenrechnung gibt wichtige Informationen über die Struktur der Kosten und damit über die Möglichkeiten zur Beeinflussung der Wirtschaftlichkeit. Die Darstellung erfolgt hierarchisch nach Gliederungsebenen (nach Kontenklasse wie beispielsweise Sach-, Kapital- und Risikokosten, nach Kostenarten wie beispielsweise Büro- und

Verwaltungskosten oder nach Unterkostenarten wie beispielsweise Geschäftsbedarf).

### Erläuterung:

Materialkosten werden in verschiedene Kostenarten unterteilt. Es gibt z.B. die Kostenartengruppe „medizinischer Sachbedarf“. Innerhalb dieser Kostenartengruppe gibt es dann die Kostenarten, wie beispielsweise „Implantate“ oder „Naht-Material“. Die verbrauchten Kostenarten werden in der Regel den Kostenstellen zugeordnet.

## Kostenstellen

Kostenstellen (wo sind Kosten angefallen) sind diejenigen Orte in einem Unternehmen, an denen Kosten anfallen. Kostenstellen werden vornehmlich nach räumlichen Gesichtspunkten, nach betrieblichen Funktionen oder nach Verantwortungsbereichen gebildet. Es wird u. a. unterschieden zwischen Hauptkostenstellen (dienen unmittelbar der Leistungserstellung) und Neben- bzw. Hilfskostenstellen. Die Auflistung aller Kostenstellen wird Kostenstellenplan genannt. Dieser richtet sich nach dem in der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) vorgegebenen Kostenstellenrahmen und ist bei jeder Krankenhausverwaltung abrufbar.

### Erläuterung:

Eine klassische Hauptkostenstelle im Krankenhaus ist die der „OP-Einrichtungen“. Dieser Kostenstelle werden alle

Verbrauchsmaterialien (Kostenarten) – die dort verbraucht werden – zugeordnet (KHBV, Anlage 5, „92 medizinische Institutionen“, „925 Anästhesie, OP-Einrichtungen und Kreißzimmer“).

### Kostenträger

Als Kostenträger (wofür sind Kosten angefallen) werden alle Güter und Dienstleistungen bezeichnet, die zur Erfüllung des Unternehmenszweckes erstellt bzw. verbraucht werden und wiederum Kosten verursachen. Im Gesundheitswesen wird der Begriff der Kostenträger synonym für Krankenkassen verwendet. Die Zuordnung von Kosten zu einem Kostenträger wird Kostenträgerrechnung genannt.

#### Erläuterung:

Mit Einführung der DRGs wurde die Gesamtleistung am Patienten (inkl. der Operation) als Kostenträger definiert. Somit können alle Leistungserbringer verglichen werden. Wichtig ist, alle direkten und indirekten Kosten den Operationen zuzuordnen, um die jeweiligen Kosten zu ermitteln und den Erlösen gegenüberstellen zu können.

### Vollkostenrechnung

Als Vollkostenrechnung wird bezeichnet, wenn sämtliche im Unternehmen anfallende Kosten auf den jeweiligen Kostenträger verrechnet werden. Sie befindet sich damit im Gegensatz zur Teilkostenrechnung.

#### Erläuterung:

Eine Vollkostenrechnung im Krankenhaus im Rahmen der DRGs ist höchst aufwendig und mit einem enormen Dokumentationsaufwand verbunden.

### Teilkostenrechnung

Die Teilkostenrechnung berücksichtigt nur die Kosten, die direkt einer Kostenstelle zugeordnet werden können. Abhängig von der jeweils angewandten Kostenrechnung werden beispielsweise nur variable Kosten, Prozesskosten oder Einzelkosten berücksichtigt. Die übrigen Kosten werden als Gemeinkosten dargestellt.

#### Erläuterung:

Bei der Kalkulation der Kosten für eine Operationsleistung wird in den meisten Fällen die Teilkostenrechnung (direkt zuordbare Kosten wie Material etc. zuzüglich eines Anteils an den kalkulierten Gemeinkosten) verwendet.

## Gewinn

Ein Gewinn liegt dann vor, wenn der Ertrag den Aufwand für ein Produkt oder eine Dienstleistung übersteigt. Die Summe aller Erträge abzüglich aller Kosten ergibt den Reingewinn oder Nettogewinn.

### Erläuterung:

Gewinne könnten im OP-Bereich nur dann ermittelt werden, wenn den vorhandenen Kosten auch tatsächliche Erlöse gegenübergestellt werden könnten. Dies ist schwer möglich, da die OP-Leistung im Rahmen der Gesamtpauschale für einen Patienten vergütet wird und die Abgrenzung der OP-Erlöse zu den Gesamterlösen schwierig ist. Ein Hilfsmittel zur Erlösermittlung im OP-Bereich könnten interne Verrechnungspreise sein.

## Bilanz

Eine Bilanz ist die zahlenmäßige Gegenüberstellung von Vermögenswerten einschließlich der Forderungen (Aktiva) einerseits sowie Verbindlichkeiten eines Unternehmens und seines Eigenkapitals (Passiva) andererseits. Die Differenz ergibt den Bilanzgewinn oder -verlust. Die Bilanz ist Bestandteil des Jahresabschlusses eines Unternehmens.

### Erläuterung:

Wie alle Teilnehmer der Gesundheitsversorgung unterliegt auch das Krankenhaus einer sogenannten Bilanzpflicht. In der Bilanz sind vielfältige Informationen enthalten, die über die bisherige Entwicklung, die aktuelle Situation und die Perspektiven eines Krankenhauses wesentlich mehr aussagen als der Gewinn.

## Gewinn- und Verlustrechnung (GuV)

Die Gewinn- und Verlustrechnung ist ebenfalls Bestandteil des Jahresabschlusses. Sie zeigt eine Gegenüberstellung der Kosten und Erlöse eines Unternehmens am Ende eines Geschäftsjahres. Die Differenz zwischen den Kosten und den Erlösen zeigt den Jahreserfolg (Gewinn oder Verlust) an, es wird daher bei der Gewinn- und Verlustrechnung auch von der Erfolgsrechnung gesprochen. Die GuV unterteilt sich in das Betriebsergebnis, das Finanzergebnis und in das außerordentliche Ergebnis.

### Erläuterung:

Die Gewinn- und Verlustrechnung liefert eine detaillierte Unterteilung des Jahresüberschusses oder -fehlbetrages in die Ertrags- und Aufwandsdaten, wodurch ein Außenstehender erst einen Einblick in die tatsächliche Ertragslage eines Krankenhauses gewinnt.

## Deckungsbeitrag

Der Deckungsbeitrag ist der Betrag, der sich nach Abzug der variablen Kosten von den Erlösen ergibt und der zur Deckung der Fixkosten dient. Der über die Fixkostendeckung hinausgehende Betrag wird als Gewinn bezeichnet.

### Erläuterung:

Werden vom Erlös einer Operation die variablen Kosten (z. B. Materialien) abgezogen, verbleibt ein Betrag, um die fixen Kosten (z. B. Funktionspflege) abzudecken. Wenn die fixen Kosten wiederum kleiner sind als der verbliebene Betrag, wird ein Gewinn erzielt.

## Rendite

Der Begriff Rendite beschreibt das Verhältnis zwischen eingezahltem und ausgezahltem Kapital oder zwischen einer Investition und dem daraus folgenden Ertrag, sie wird meist als Prozentsatz angegeben. Eine allgemeine gebräuchliche Messung der Rendite ist der Zinssatz.

### Erläuterung:

Eine positive Rendite wird beispielsweise dann erzielt, wenn die Kosten für die Beschaffung und Wartung eines Gerätes niedriger sind als die zusätzlichen Erlöse, die mit diesem Gerät erzielt werden.

## Umsatzrendite

Die Umsatzrendite ist die Maßzahl für die Profitabilität eines Unternehmens. Sie wird in Prozent ausgedrückt. Je höher die Prozentzahl, desto profitabler ist das Unternehmen. Die Umsatzrendite wird berechnet, in dem der Gewinn eines Unternehmens durch den Umsatz dividiert und das Ergebnis mit 100 multipliziert wird.

### Erläuterung:

Je höher die erzielte Umsatzrendite eines Krankenhauses ist, desto mehr kann in das Krankenhaus investiert oder desto höher kann ein Investor befriedigt werden. Ein Krankenhaus gilt dauerhaft überlebensfähig ab einer Umsatzrendite von 5%, private Klinikbetreiber streben eine Umsatzrendite von 15% an.

## Rentabilität

Die Rentabilität eines Unternehmens gibt Auskunft darüber, wie erfolgreich das Unternehmen mit dem eingesetzten Kapital wirtschaftet. Die Rentabilität ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Erlös und Kosten.

### Erläuterung:

Ein OP-Bereich ist dann rentabel, wenn die Kosten für das Betreiben des OP-Saals (fixe, variable Kosten etc.) niedriger sind als die Erlöse, die er OP-Bereich erzielt.

## Amortisation

Unter dem Begriff Amortisation versteht man die zeitlich vereinbarte Tilgung einer Schuld durch regelmäßige Zahlung von Zinsen und der aufgenommenen Kapitalsumme. Den Zeitraum, innerhalb dessen der in einer Investition gebundene Kapitaleinsatz zurückgeflossen ist, bezeichnet man als Amortisationszeit.

### Erläuterung:

Eine Investition im OP-Bereich hat sich dann amortisiert, wenn der Kaufpreis für das Produkt (beispielsweise einen OP-Tisch) bezahlt ist und dieser Tisch danach noch im Einsatz ist.

## Break-even Point

Der Break-even Point ist derjenige Punkt, bei dem sich die Kurve der Gesamtkosten und Gesamterlöse eines Unternehmens schneiden. Er bezeichnet den Punkt, an dem der Verlust des Unternehmens gerade aufhört und der Gewinn gerade beginnt.

### Erläuterung:

In einem OP-Bereich wäre beispielsweise der Break-even Point in dem Augenblick überschritten, wenn die Gesamterlöse der erbrachten Operationen höher sind als die Kosten, die hierfür aufgewendet werden müssen.

## Liquidität

Die Liquidität beschreibt die Fähigkeit und die tatsächliche Bereitschaft eines Unternehmens, alle noch offenen Zahlungsverpflichtungen rechtzeitig und in vollem Umfang nachzukommen.

### Erläuterung:

Hauptanliegen eines Krankenhauses muss es sein, seine Liquidität so weit zu sichern, dass es seinen kurzfristigen Zahlungsverpflichtungen (wie z. B. den Gehaltszahlungen) nachkommen kann. Ist die Liquidität nicht gesichert, muss das Krankenhaus Kredite in Anspruch nehmen.

## Abschreibung

Unter Abschreibung wird die Verteilung einer einmaligen Investition für langfristig nutzbare Wirtschaftsgüter auf eine Anzahl von Jahren verstanden. Bezogen auf ein Wirtschaftsgut soll durch die Abschreibungen ein gleichmäßiger Kostenverbrauch, am besten entsprechend der entstehenden Erlöse, aus dem Wirtschaftsgut angesetzt werden.

### Erläuterung:

Es besteht ein Wahlrecht für die Abschreibungsmethode – linear (jährlich gleicher Betrag) oder geometrisch degressiv (jährlich gleicher Prozentsatz). Eine Abschreibung mit progressiv ansteigenden Prozentsätzen ist nicht zulässig.

## Interner Verrechnungspreis

Interne Verrechnungspreise sind (oft fiktiv) Preisbildungen für Produkte oder Dienstleistungen bei unternehmensinternen Lieferungen zwischen verschiedenen Abteilungen oder Einheiten innerhalb eines Unternehmens.

### Erläuterung:

Das OP-Management könnte einen internen Verrechnungspreis mit den Operateuren aushandeln, wie viel die Inanspruchnahme einer OP-Minute kostet. Die Summe aller Inanspruchnahme-Minuten multipliziert mit dem internen Verrechnungspreis ergäbe dann den Erlös des OP-Bereichs.

## 9. Controlling

### Controlling

Controlling umfasst alle Aufgaben der Kontrolle, Planung, Lenkung und Steuerung wirtschaftlicher Prozesse. Controlling ist ein Teilbereich der Unternehmensführung.

### Erläuterung:

Eine OP-Abteilung unter betriebswirtschaftlichen Zielen zu leiten und zu organisieren verlangt Kenntnisse der Betriebswirtschaft und Fähigkeiten, diese richtig einzusetzen. In einem durch Kennzahlen dominierten Bereich werden die Informationsschnittstellen zwischen OP-Management und Controlling maßgeblich dazu beitragen, erwirtschaftete Erlöse dem Output entgegenzustellen und daraus strategische und operative Maßnahmen abzuleiten.

### Controlling – Strategisches Controlling

Strategisches Controlling beschreibt einerseits eine Denkhaltung und andererseits die Errichtung einer Infrastruktur zur Unterstützung des Prozesses zur Strategieplanung und -durchsetzung. Aufgabe des strategischen Controllings ist es, die nachhaltige Existenzsicherung des Unternehmens zu gewährleisten.

**Erläuterung:**

Das strategische Controlling betrachtet die Unternehmensumwelt und interpretiert (sozial-)politische, wirtschaftliche Entwicklungen für das Unternehmen. Weiter werden Erfolgspotenziale gesichert und weiterentwickelt. Und kritische Erfolgspotenziale werden auf Stärken und Schwächen hin analysiert, um Wettbewerbsvorteile zu sichern. Somit unterstützt das Controlling die Geschäftsführung und das OP-Management, indem es ökonomische Risiken langfristig abschätzt.

**Controlling – Operatives Controlling**

Das Operative Controlling ist der Teil eines umfassenden Controllingssystems, das auf die Erstellung von Planungs- und Kontrollkonzepten und die Einhaltung der Erfolgsziele im kurzfristigen Bereich abzielt.

**Erläuterung:**

Maßgeblicher Bezugspunkt des operativen Controllings ist die Erhaltung der Liquidität, um das Betriebsergebnis zu sichern. Es beschäftigt sich hierzu mit allen Prozessen, die eine monetär vergütete Leistungserstellung betreffen. Fokus ist das eigene Unternehmen in einem kurz- bis mittelfristigen Zeithorizont. Bei Unter- oder Überschreiten von Budgets kann das Controlling regulativ als Frühwarnsys-

tem eingesetzt werden. Trends können frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

**Kennzahlen**

Kennzahlen sind statistische Werte, die den Zustand eines Unternehmens in unterschiedlichsten Teilbereichen aufzeigen. Es sind Zahlenwerte, die dem Management als Steuerungsinstrumente, insbesondere zur Festlegung eines Zieles und zur Überprüfung eines Zielerreichungsgrades, dienen.

**Erläuterung:**

Kennzahlen im OP-Bereich spielen für das OP-Management eine zentrale Rolle. Diese werden u. a. benötigt, um die Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit des OP-Bereiches aufzuzeigen, aber auch um die Wertigkeit und den Nutzen des OP-Managements zu dokumentieren. Auch haben sie eine große Relevanz in der Argumentation gegenüber den OP-Nutzern.

**Kennzahlensystem**

Ein Kennzahlensystem ist eine geordnete Menge von verschiedenen Kennzahlen, die miteinander in Beziehung stehen. In Unternehmen werden Kennzahlensysteme zum einen für den

Erhalt schneller und verdichteter Informationen über die Leistung verwendet, zum anderen dienen sie zur Planung, Kontrolle und Steuerung von Unternehmenszielen. Das bekannteste Kennzahlensystem ist aktuell die Balanced Scorecard (BSC).

**Erläuterung:**

Die Arbeit mit Kennzahlen im OP-Bereich ist nur zielführend, wenn diese in einem Kennzahlensystem erfolgt – also in der Aufstellung und Gegenüberstellung mehrerer Kennzahlen. So kann beispielsweise der Auslastungsgrad eines OP-Bereiches nur dann sinnvoll interpretiert werden, wenn die durchschnittlichen Schnitt-/Naht-Zeiten bekannt sind.

### Balanced Scorecard (BSC)

Die Balanced Scorecard ist ein Kennzahlensystem zur Unternehmensplanung, Unternehmenssteuerung und Strategieumsetzung. Das Management kann mit diesem Kennzahlencockpit erkennen, ob es mit seiner Strategieumsetzung auf Kurs ist. Die BSC betrachtet nicht nur finanzielle Erfolgsfaktoren, sondern auch kunden- und prozessbezogene Kennzahlen sowie die Lern- und Entwicklungsfähigkeit der Mitarbeiter.

**Erläuterung:**

Ein BSC-System allein nur für den OP-Bereich wird selten angetroffen und erscheint auch nicht sinnvoll. Für ein gesamtes Krankenhaus erfreut sich dieses System jedoch

wachsender Akzeptanz. Falls das Krankenhaus ein BCS einführt, sollte das OP-Management unbedingt wissen, welche Kenngrößen einen Bezug zum OP-Bereich haben.

## 10. Budgetierung

### Budget

Ein Budget ist ein Wertgrößenplan, der für eine künftige Periode vorgegeben wird und einen gewissen Verbindlichkeitscharakter aufweist. Dabei kann es sich sowohl um einen Gesamtplan als auch um einen Teilplan handeln. Man unterscheidet Erfolgsbudgets und Finanzbudgets. Die Erfolgsbudgets enthalten zahlenmäßige Vorgaben für Kosten, Leistungen und Erfolge. Budgetierung von Kosten und Leistungen erfolgt meist für kurze Perioden (Monate) und ist Gegenstand der Plankostenrechnung. Budgetkosten und Plankosten sind Synonyme.

#### Erläuterung:

Gemäß der Leistungsvorgaben durch die Geschäftsführung sollte das OP-Management kontrolliert auf die Einhaltung des Budgets hinarbeiten. Die Leistungsvorgaben können Richtwerte sein, die angeben, wie viele Eingriffe welcher Art innerhalb des Planungshorizontes erbracht werden können bzw. müssen kraft des Budgets.

### Internes Budget

Das interne Budget ist ein Teilbudget, das mit den jeweiligen Budgetverantwortlichen vorab für eine Periode (meist ein Jahr) ausgehandelt wird.

#### Erläuterung:

Im OP-Bereich werden meistens Sachkostenbudgets verhandelt, bei hoher Selbstverantwortung des OP-Managements kann aber auch das Personalkostenbudget vereinbart werden.

### Externes Budget

Das externe Budget ist die Summe aller Teilbudgets, das mit den jeweiligen Kostenträgern (Krankenkassen) vorab für eine Periode (meist ein Jahr) ausgehandelt wird (Budgetverhandlung).

#### Erläuterung:

Das interne Budget eines OP-Bereiches ist immer ein Teil des externen Budgets eines Krankenhauses.

## Personalbudget

Ein Personalbudget ist ein auf konkrete Leistungsziele abstellender Plan, der die Obergrenze des Personalaufwandes eines Bereiches oder einer Abteilung in der Regel für den Zeitraum eines Jahres festlegt. Personalbudgets lassen sich über „genehmigte Stellen“ mit entsprechender Entgeltbewertung oder als Eurobudget formulieren.

### Erläuterung:

In der Regel erhält das OP-Management keine Verantwortung für das Personalbudget, da die Geschäftsführung in diesem Falle dem OP-Management vollständige Handlungsfreiheit in der Schaffung bzw. Besetzung von Stellen geben müsste.

## Sachkostenbudget

Ein Sachkostenbudget ist ein auf konkrete Leistungsziele abstellender Plan, der die Obergrenze des Sachkostenaufwandes eines Bereiches oder einer Abteilung in der Regel für den Zeitraum eines Jahres festlegt.

### Erläuterung:

In der Regel erhält das OP-Management Verantwortung für die Einhaltung des Sachkostenbudgets des OP-Bereiches. Beschaffungslogistik, strategischer Einkauf und

in besonderem Maße Prozessstandardisierungen bieten dem OP-Management Möglichkeiten, die Sachkostenbudgets besser zu kontrollieren.

## 11. Personalmanagement

### Personalentwicklung

Personalentwicklung ist ein umfassendes Konzept der Einwirkung auf Mitarbeiter. Sie erfolgt mit dem Ziel, Qualifikationen aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln, die der einzelne Mitarbeiter benötigt, um seine beruflichen Aufgaben zu erfüllen und um den Arbeitsplatz attraktiver zu machen. Personalentwicklung erfolgt dann, wenn eine sogenannte Fähigkeitslücke (das Anforderungsprofil und das Fähigkeitsprofil der Mitarbeiter stimmt nicht überein) entstanden ist. Anstatt der Personalentwicklung kann ein Unternehmen auch Personalbeschaffung betreiben.

#### Erläuterung:

Die Personalentwicklung spielt im OP-Bereich eine zunehmend wichtigere Rolle, da es immer schwieriger wird, Personal auf dem Arbeitsmarkt zu finden und jeder Wechsel von Personal zusätzliche Kosten (Beschaffung, Einarbeitung etc.) hervorruft. Instrumente der Personalentwicklung sind u. a. Projektarbeit, Jobrotation, Job Enrichment, Job Enlargement, Supervision, Coaching oder aber auch das Outplacement.

### – Job Enrichment

Unter Job Enrichment wird die vertikale Ausweitung von Arbeitsinhalten für einen Mitarbeiter verstanden. Ziel ist es, eine Höherqualifizierung durch die Übernahme neuer, zusätzlicher Verantwortungsbereiche zu erreichen.

#### Erläuterung:

Das Job Enrichment wird häufig auch „missbraucht“, um Personal einzusparen. Ein klassisches Beispiel wäre, wenn im Rahmen des Job Enrichments die OP-Pflegeleitung zusätzlich die Position des OP-Koordinators übernehmen würde.

### – Job Enlargement

Unter Job Enlargement wird das Hinzufügen von qualitativ gleichwertigen Aufgaben zu dem aktuellen Arbeitsauftrag verstanden. Ziel ist es u. a., die Möglichkeit für Mitarbeiter zu schaffen, sukzessive spezifische Kernkompetenzen in bestimmten Bereichen aufbauen zu können.

#### Erläuterung:

Auch das Job Enlargement dient häufig der Personaleinsparung. Ein klassisches Beispiel wäre, wenn im Rahmen des Job Enlargements die OP-Pflegeleitung zusätzlich die Position der Anästhesie-Pflegeleitung übernehmen würde.

### – Jobrotation

Unter Jobrotation wird der systematische Arbeitsplatztausch, verstanden, um Erfahrungen und Kenntnisse der Mitarbeiter zu überprüfen und Lernprozesse zu ermöglichen. Zielstellung ist die Vermittlung zusätzlicher Qualifikationen, die Selektion von Führungsnachwuchs und die Erweiterung des Erfahrungshorizonts.

#### **Erläuterung:**

Im Bereich der OP-Pflege sollte die Jobrotation eine große Rolle spielen. Der gezielte, strukturierte und systematisch durchgeführte Einsatz in anderen Kliniken bewirkt eine höhere Einsatzflexibilität und eine bessere Bereitschaftsdienstqualifikation.

### – Coaching

Coaching ist die professionelle Beratung, Begleitung und Unterstützung von Personen mit Führungs- oder Steuerungsfunktionen und von Experten in Unternehmen oder Organisationen. Zielsetzung von Coaching ist die Weiterentwicklung von individuellen oder kollektiven Lern- und Leistungsprozessen bezüglich primär beruflicher Anliegen. Das Coaching ist immer auf eine begrenzte Zeit angelegt.

#### **Erläuterung:**

Heute ist das Coaching von Führungskräften eine Selbstverständlichkeit. Gerade OP-Manager bzw. -Koordinatoren sollten die Möglichkeit, sich in der Anfangsphase ihrer Tätigkeit (extern) coachen zu lassen, wahrnehmen oder von ihrem Dienstvorgesetzten einfordern.

### – Supervision

Supervision ist ein auf das Arbeits- und Berufsleben zugeschnittener professioneller Beratungsansatz, der sich an Mitarbeiter in unterschiedlichen Arbeitsfeldern und unterschiedlichen Funktionen richtet. Sie bietet qualifizierte Unterstützung bei der Bewältigung beruflicher Aufgaben und der Reflexion beruflichen Handelns. Die Supervision muss zeitlich nicht begrenzt sein.

#### **Erläuterung:**

Die Supervision im OP-Bereich ist heute eher selten. Sie ist jedoch unbedingt notwendig, wenn Mitarbeiter vor Situationen gestellt werden, die sie nicht selbstständig verarbeiten können (z. B. emotionale Teamsituation, schwerwiegende Operationen).

## Personalbedarfsrechnung

Die Personalbedarfsrechnung ist die Festlegung des Arbeitskräftepotenzials, das ein Gesamt- oder Teilbereich eines Unternehmens aktuell oder in Zukunft benötigt, um die geforderten oder geplanten Aktivitäten quantitativ und qualitativ durchführen zu können.

### Erläuterung:

Anhand der retrospektiven Betrachtung der geleisteten Fälle kann prospektiv ein Trend zur Abnahme bzw. Zunahme erkannt werden. Das OP-Management muss dafür Sorge tragen, dass für den zukünftigen Planungshorizont ausreichend spezialisiertes OP-Personal und Saalkapazitäten vorhanden sind. Wichtige Einflussgrößen sind Altersstruktur des Personals, Ausbildungsstand, Fehlzeiten, gesetzliche Auflagen, Wirtschaft und Politik.

## – Arbeitszeitkonto

Das Arbeitszeitkonto ist die dokumentierte Form der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit und beinhaltet Über- und Mehrarbeitsstunden, Urlaub, Krankheit und Fortbildungszeiten eines Arbeitnehmers. Unter Berücksichtigung der arbeits-/tarifvertraglich zu leistenden Arbeitszeit werden die geleisteten Arbeitsstunden verrechnet. Bei Über- oder Unterschreitung der vertraglich fest-

gesetzten Zeiten wird dem Arbeitszeitkonto ein Guthaben oder entsprechend ein Defizit verbucht.

### Erläuterung:

Die Einführung von Arbeitszeitkonten ermöglicht abhängig vom aktuell täglichen Personalbedarf, die Arbeitszeiten zu flexibilisieren. Für ein Arbeitszeitkonto sprechen weniger ungeplante Überstunden, eine Ausweitung der Arbeitszeit zu bestimmten Jahreszeiten kann die Nachfrage nach mehr Eingriffen erfüllen, ohne den Bereitschaftsdienst zu belasten. Die Notfallversorgung kann durch flexibilisierte Arbeitszeit die Termintreue des elektiven Tagesprogramms sichern.

## – Arbeitszeit / Regeldienst

„Die werktägliche Arbeitszeit der Arbeitnehmer darf acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf bis zu zehn Stunden nur verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden“ (§ 3 Satz 1 ArbZG).

Die Arbeitszeit stellt im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten und der gültigen Tarifverträge die festgelegte Dienstzeit der Mitarbeiter eines Unternehmens dar. Überschreitungen der täglichen Höchstarbeitszeit müssen entsprechend dokumentiert werden (§ 16 Satz 2 ArbZG).

**Erläuterung:**

Umsetzung von festgesetzten Erstschnittzeiten, realistische OP-Zeiten, geringe Wechselzeiten, effektives Notfallmanagement und die Vermeidung von Wartezeiten tragen maßgeblich zum pünktlichen Arbeitsende innerhalb des Regeldienstes bei. Geplante Eingriffe, die ablauforganisatorisch bedingt über die Regelzeit hinauslaufen, sind in Operationsabteilungen Auslöser der Mitarbeiterdemotivation und darüber hinaus Kostentreiber, da Überstunden zu vergüten sind.

**– Bereitschaftsdienst**

„Bereitschaftsdienst leisten die Beschäftigten, die sich auf Anordnung des Arbeitgebers außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle aufhalten, um im Bedarfsfall die Arbeit aufzunehmen. Der Arbeitgeber darf Bereitschaftsdienst nur anordnen, wenn zu erwarten ist, dass zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt“ (§ 45 Abs. 1 TVöD).

**Erläuterung:**

Im Sinne eines Bereitschaftsdienstes, muss der Arbeitnehmer nicht unmittelbar am Arbeitsplatz anwesend sein, kann also seine Zeit frei einteilen und ebenso frei darüber verfügen. Die Verpflichtung der Aufenthaltsbeschränkung

erfolgt lediglich, um bei Bedarf unmittelbar/sofort seine volle Arbeitstätigkeit aufnehmen zu können, um beispielsweise ohne größere Zeitverzögerung notfallmäßig zu einer Kaiserschnittentbindung hinzugerufen werden zu können. Die Aufnahme des Bereitschaftsdienstes setzt (genauso wie die des Rufdienstes) voraus, dass die reguläre Arbeit zuvor beendet wurde.

**– Rufbereitschaft**

„Der Arbeitgeber darf Rufbereitschaft nur anordnen, wenn erfahrungsgemäß lediglich in Ausnahmefällen Arbeit anfällt. Durch tatsächliche Arbeitsleistung innerhalb der Rufbereitschaft kann die tägliche Höchstarbeitszeit von zehn Stunden (§ 3 ArbZG) überschritten werden (§ 7 ArbZG)“ (§ 45 Abs. 8 TVöD).

**Erläuterung:**

Rufbereitschaft erfolgt meist in kleineren Krankenhäusern mit überschaubarem Notfallaufkommen bzw. medizinischen Abteilungen, in denen mögliche Notfälle kein sofortiges Eingreifen erforderlich machen. Arbeitsrechtlich bedarf der Beginn einer echten Rufbereitschaft das Beenden der regulären Arbeitszeit und Verlassen der Betriebsstätte, um sich in Rufbereitschaft zu begeben.

### – Brutto-Jahresarbeitszeit

Die Brutto-Jahresarbeitszeit (BJAZ) ist die Arbeitszeit, die ein Arbeitnehmer seinem Unternehmen theoretisch nach Arbeitsvertrag zur Verfügung steht.

#### **Erläuterung:**

Die Brutto-Jahresarbeitszeit einer Vollkraft (VK) im Krankenhaus in Deutschland beträgt in der Regel zwischen 1.850 und 1.950 Stunden pro Jahr.

### – Netto-Jahresarbeitszeit

Die Netto-Jahresarbeitszeit (NJAZ) ist die Arbeitszeit, die ein Arbeitnehmer seinem Unternehmen tatsächlich zur Verfügung steht. Neben Urlaub (größter Faktor) werden u. a. die Krankheitstage, Weiterbildung oder der Mutterschutz von der BJAZ abgezogen, um zur NJAZ zu gelangen (insgesamt ca. 15 % bis 20 % der BJAZ).

#### **Erläuterung:**

Die NJAZ ist die Kernrelation, an der sich fast alle Personalbedarfsrechnungen im OP-Bereich orientieren. Eine Senkung der NJAZ (z. B. aufgrund von älteren Mitarbeitern oder hohem Krankheitsausfall) hat theoretisch immer einen höheren Personalbedarf zur Folge, in der Praxis kann dies jedoch nicht eingefordert werden. Zielführend

wäre, die Bindung des tatsächlich verfügbaren Personals zu erhöhen, was durch betriebsinterne Maßnahmen (jüngere Mitarbeiter einstellen, Gesundheitsprogramme auflegen, Mitarbeitermotivation steigern etc.) oder durch gesetzliche Maßnahmen (Länge der Arbeitszeiten erhöhen, Urlaubsansprüche mindern etc.) erreicht werden kann.

### – Gleichzeitigkeitsfaktor

Der Gleichzeitigkeitsfaktor oder auch Personalbindungsfaktor gibt an, welche Anzahl Mitarbeiter je Personalgruppe und Leistungsphase parallel im Wertschöpfungsprozess benötigt werden, um ein Produkt oder eine Dienstleistung zu erstellen.

#### **Erläuterung:**

Der Gleichzeitigkeitsfaktor gibt die Anzahl der Mitarbeiter an, die parallel benötigt werden, um einen Eingriff durchzuführen oder einen OP-Saal zu besetzen. Er ist in den verschiedenen Klinikbereichen oder Berufsgruppen unterschiedlich einzusetzen. Der Gleichzeitigkeitsfaktor ist wesentlich bei der Berechnung des Personalbedarfs, da ein höherer Gleichzeitigkeitsfaktor immer den Anspruch auf mehr Personal beinhaltet. Aussagefähige, gemeingültige Kennzahlen zu Gleichzeitigkeitsfaktoren für den OP-Bereich sind in Deutschland nicht bekannt.

### – Arbeitsplatzmethode

Die Arbeitsplatzmethode berechnet den Mitarbeiterbedarf unter dem primären Postulat, vorhandene Arbeitsplätze im OP-Bereich mit Mitarbeitern zu besetzen. Die Berechnung findet unabhängig von der tatsächlichen Auslastung des Arbeitsplatzes statt, Gleichzeitigkeitsfaktoren fließen als Kennzahlen ein. Die Methode wird aktuell eingesetzt, um die Mindestbesetzung eines Arbeitsplatzes zu garantieren. Der Abbau von Personalbedarfsansprüchen kann nur durch die Zusammenlegung mehrerer Arbeitsplätze erfolgen.

#### Erläuterung:

Ein klassischer Ansatz der Arbeitsplatzmethode wäre die Berechnung des benötigten Personals anhand fester Personalzuordnungen (z. B. pro OP-Saal zwei Pflegekräfte). Diese Methode ist sicherlich die einfachste, aber nicht unbedingt die sinnvollste.

### – Kennzahlenmethode

Die Kennzahlenmethode berechnet den Mitarbeiterbedarf unter der Inanspruchnahme von Kennzahlen. Kennzahlen sind externe oder interne Vorgaben, die die Ausprägung (meist zeitlich) oder die Ressourcenbindung einer Leistung beschreiben. Kennzahlen müssen erhoben und fortgeschrieben werden. Sie haben den Vorteil, dass sie die Vergleichbarkeit verschiedener Einrich-

tungen oder Bereiche zulassen. Nachteil ist, dass sie nicht situationsorientiert verändert werden können.

#### Erläuterung:

Offizielle Kennzahlen für den OP-Bereich gibt es bisher nicht. Sie werden meist individuell ermittelt und hausintern angewandt. Typische Kennzahlen für den OP-Bereich sind durchschnittliche Wechselzeit, durchschnittliche Schnitt-/Naht-Zeit in Bezug auf einen OP-Typ, Gleichzeitigkeitsfaktor der Mitarbeiter, Erstdiagnosestabilität etc.

### – Leistungsmethode

Die Leistungsmethode berechnet den Mitarbeiterbedarf unter Einbeziehung der tatsächlich vor Ort pro Leistung benötigten Minutenwerte. Sie hat den Vorteil, dass sie die wirklich in Anspruch genommenen Leistungsminuten und somit die individuellen Gegebenheiten des Leistungsbereiches einbezieht. Nachteil ist ein hoher Erfassungsaufwand, die mangelnde Vergleichbarkeit und Einbeziehung möglicher struktureller oder organisatorischer Defizite in die Personalbedarfsrechnung. Die Leistungsmethode nach Mitarbeiterbindung ist Ursprung der Leistungsmethode nach Kennzahlen.

#### Erläuterung:

Die Leistungsmethode eignet sich, um den aktuellen Bedarf an Personal zu berechnen und somit Organisations- oder

Raumdefiziten Rechnung zu tragen. Sie eignet sich nicht, um die optimale Personalvorhaltung zu definieren. Die Differenz zwischen Personalbedarf aus Leistungsmethode und Kennzahlenmethode beschreibt die Möglichkeit, Personal einzusparen oder zusätzliches Personal bereitzustellen.

### – Kostenträgermethode

Die Kostenträgermethode berechnet den Mitarbeiterbedarf unter Berücksichtigung der verfügbaren Erlöse pro Leistung. Ein vordefinierter monetärer Betrag gilt als Grundlage, auf dessen Basis die Menge der dafür einsetzbaren Mitarbeiter unabhängig von dem tatsächlichen Bedarf generiert wird. Vorteile sind eine transparente Vorgabe für das Personalmanagement und die Garantie der Einhaltung der Budgetvorgaben (Leistungen x Erlös). Nachteile sind die geringe Orientierung an den tatsächlichen Bedürfnissen, die fehlenden Möglichkeiten der Quersubventionen sowie die starke Abhängigkeit von der Erlösentwicklung.

#### **Erläuterung:**

Innerhalb der Kostenträgermethode gilt es, für das OP-Management zu ermitteln, welcher Erlösanteil aus den DRGs dem OP-Bereich für die Bereitstellung beispielsweise für Funktionspflegepersonal zur Verfügung steht. Anhand dieses Betrages kann dann ermittelt werden, wie viel Personal in welcher Qualität vorgehalten werden kann, ohne Verluste zu erwirtschaften.

### Personalbeschaffung

Die Personalbeschaffung befasst sich mit der Bereitstellung der für das Unternehmen erforderlichen Arbeitskräfte in quantitativer, qualitativer und zeitlicher Hinsicht. Sie umfasst dabei die Aufgabengebiete der Auswahl der Beschaffungswege, der Bearbeitung der Bewerbungen, die Auswahl der geeigneten Bewerber und letztlich die Ausfertigung der Arbeitsverträge.

#### **Erläuterung:**

Das OP-Management sollte Personalbedarfsplanung vornehmlich antizipativ und unter strategischer Betrachtung des Marktes vornehmen. Gemäß dem vorgegebenen Leistungsprogramm muss eine Über- als auch Unterdeckung des Personals vermieden werden, da beide Zustände mit hohen Kosten verbunden sind.

### – Interner Beschaffungsweg

Als interner Beschaffungsweg wird die Maßnahme bezeichnet, neue bzw. vakante Stellen oder auch zusätzliche Anforderungen an das Arbeitsvolumen aus den Reihen der bereits im Unternehmen vorhandenen Mitarbeiter zu rekrutieren. Eine interne Personalbeschaffung wird nicht nur durch interne Stellenausschreibung abgewickelt, sondern auch durch weitere Maßnahmen der Personalentwicklung, wie bspw. der Versetzung oder der Mehrarbeit.

**Erläuterung:**

Da die externe Beschaffung von fähigen Mitarbeitern im OP-Bereich immer schwieriger wird, gewinnt die interne Personalbeschaffung – im Rahmen einer mittelfristigen Personalentwicklung – massiv an Bedeutung.

**– Externer Beschaffungsweg**

Als externer Beschaffungsweg wird die Maßnahme bezeichnet, neue bzw. vakante Stellen oder auch zusätzliche Anforderungen an das Arbeitsvolumen außerhalb des Unternehmens zu gewinnen. Als externer Beschaffungsweg sind nicht nur die externe Stellenausschreibung zu sehen, sondern auch Maßnahmen des Personalleasings, das Einschalten eines Headhunters oder die Inanspruchnahme von Personalvermittlungsagenturen.

**Erläuterung:**

Die externe Beschaffung von Mitarbeitern birgt die Gefahr der Falscheinschätzung des neuen Mitarbeiters und somit der Schwächung des Gesamtleistungspotenzials. Der Vorteil kann wiederum in anderen, eventuell innovativen Sichtweisen des neuen Mitarbeiters liegen, die einen Leistungsprozess verbessern helfen.

**Personalfreisetzung**

Die Personalfreisetzung umfasst alle Maßnahmen, mit denen ein Unternehmen Personal abbaut. In der Regel findet die Personalfreisetzung im Rahmen der Trennung des Unternehmens von einem einzelnen Mitarbeiter oder in Folge von Personalentwicklungsmaßnahmen für mehrere Mitarbeiter statt. In Teilen wird Personalfreisetzung auch als Outplacement bezeichnet.

**Erläuterung:**

Für das OP-Management spielen bisweilen Aspekte der langfristigen Personalfreisetzung eine wichtige Rolle. Mitarbeiter, die aus unterschiedlichsten Gründen den Anforderungen im OP-Bereich nicht mehr gewachsen sind, müssen früh erkannt und in einem langfristigen, einvernehmlichen Prozess aus dem OP-Bereich heraus in andere, adäquatere Bereiche entwickelt werden.

**Transfergesellschaft**

Die Transfergesellschaft ist ein arbeitsmarktpolitisches Instrument. Sie wird eingerichtet, um konkret von Arbeitslosigkeit bedrohte Mitarbeiter im Rahmen einer maximal einjährigen befristeten Beschäftigung in neue Arbeitsverhältnisse zu bringen. Der Wechsel in eine Transfergesellschaft ist für die von Arbeitslosigkeit bedrohten Beschäftigten freiwillig. Transfergesellschaften werden über ein gesetzlich definiertes Verfahren

(§ 216b SGB III) in enger Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit installiert.

#### **Erläuterung:**

Im Krankenhausbereich spielen Transfergesellschaften aktuell noch keine Rolle. Es ist aber denkbar, dass sich dies in Zukunft ändern wird, nämlich dann, wenn große Klinikketten oder -verbände von einer Insolvenz bedroht sind.

### **Mobbing**

Mobbing (englisch „to mob“ = anpöbeln) bezeichnet eine sozialpsychologische Beanspruchungssituation, die durch arbeitsorganisatorische oder zwischenmenschliche Gegebenheiten ausgelöst wird. Konkrete Definitionen gehen von einem Zustand aus, bei dem eine Person mindestens einmal wöchentlich über einen Zeitraum von einem halben Jahr durch eine oder mehrere von 45 speziellen Handlungsmöglichkeiten belästigt wird.

#### **Erläuterung:**

Gerade im OP-Bereich ist die Gefahr des Mobbings relativ groß. Echte Mobbingaktivitäten zu erkennen und diese strukturiert zu unterbinden ist sicherlich eine wesentliche Aufgabe des OP-Managements im Hinblick auf die Wahrung des sozialen Friedens und somit auf die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter.

### **Burnout**

Das Burn-out-Syndrom (englisch „to burn out“ = ausbrennen) ist ein Phänomen, das häufig bei Personen auftritt, die zu Berufsbeginn sehr engagiert sind, im Laufe ihrer Tätigkeit jedoch zunehmend unter ausgesprochenen emotionalen Erschöpfungszuständen leiden und eine zunehmend distanzierte Einstellung zu ihrer Arbeit entwickeln. Auswirkungen sind reduzierte Leistungsfähigkeit, Isolierung, Depressionen bis hin zum dauerhaften Totalausfall.

#### **Erläuterung:**

Die Entstehung des Burn-outs ist ein schleichender Prozess in unterschiedlichsten Phasen. Führungskräfte sollten bei der Entwicklung nicht nur nachgeordnete Mitarbeiter im Blick haben, sondern auch sich selbst. Je weiter ein Burnout ausgeprägt ist, desto weniger lässt sich die betroffene Person wieder dauerhaft in den Leistungsprozess integrieren.

## 12. Materialwirtschaft

### Gleitender Durchschnittspreis

Als gleitender Durchschnittspreis wird die Bestandsbewertung von Produkten verstanden, die zu unterschiedlichen Preisen eingekauft wurden. Er verwendet die Methode des gleitenden Mittels, um zu einem jeweils definierten Zeitpunkt (meist Jahreswechsel) einen durchschnittlichen Einkaufspreis eines Produktes zu berechnen. Dieser kann dann zur Kostenkalkulation einer Leistung herangezogen werden.

#### Erläuterung:

Wird beispielsweise dieselbe Prothese im Januar für 1.200 €, im Mai für 1.300 € und im Oktober für 1.400 € gekauft, wäre der gleitende Preis für dieses Jahr mit 1.300 € ( $1.200 \text{ €} + 1.300 \text{ €} + 1.400 \text{ €} : 3$ ) anzusetzen.

### Logistik

Die Logistik umfasst alle Aufgaben zur Planung, Koordination, Durchführung und Kontrolle von Materialflüssen. Sie sichert die Verfügbarkeit des richtigen Materials, in der richtigen Menge, im richtigen Zustand, am richtigen Ort, zur richtigen Zeit, für den richtigen Patient, zu den „richtigen“ Kosten. Teilbereiche sind z. B. Beschaffungs-, Lager-, Transport-, Produktions-, Distributions- und Versorgungslogistik.

#### Erläuterung:

Das Thema Logistik ist insofern auch für das OP-Management von Interesse, weil die Senkung der Logistikkosten die variablen Kosten einer Operation senken kann, ohne eine direkte qualitative oder quantitative Veränderung des Materials vornehmen zu müssen.

### ABC-Analyse

Die ABC-Analyse nimmt eine Einteilung von Lagergütern nach ihrem relativen Wert des gesamten Lagerbestands in A-Güter (z. B. kostenintensiv), B-Güter und C-Güter (z. B. mengenintensiv) vor. In der Praxis hat sich gezeigt, dass meist ein relativ kleiner Teil der Güterarten den Hauptanteil am gesamten Lagerbestandswert repräsentiert (sogenannte A-Güter).

#### Erläuterung:

Nach Ermittlung der kostenintensiven A-Güter (Implantate, Blutkonserven ...) kann der Verbrauch niederwertiger B- und C-Güter wertmäßig durch Subtraktion der gesamten medizinischen Sachgüter im OP berechnet werden. Die Ermittlung von B- und C-Gütern erfolgt aus dem Verrechnungsschlüssel der OP-Minuten. SNZ für Sachkosten der OP-Abteilung und Einleitungs-/Ausleitungszeiten für Sachkosten der Anästhesie.

## Supply Chain Management

Konzept zum Management der Versorgungskette vom Lieferanten über den Handel bis zum Endverbraucher. Dabei werden in die Wertschöpfungskette auch Lieferanten und Abnehmer einbezogen, d. h. dass Lieferanten ihre Preise und Kosten, Kunden ihre Nutzen bzw. Preisvorstellungen über ein Produkt offen legen sollen. Wesentliche Säulen des Supply Chain Managements sind das E-Procurement (Beschaffungspolitik wie Produktauswahl, Bestellwesen oder Rechnungsstellung via Internet) und die Logistik (Planung, Steuerung, Abwicklung und Kontrolle des Materialflusses).

### Erläuterung:

Die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser wird zusehends davon abhängen, wie schnell, qualitativ hochwertig, innovativ und wertschöpfend die Prozesse zur Behandlung und Versorgung der Patienten erfolgen. Einen nicht unwesentlichen Part hierbei nimmt die Frage ein, wie stabil die Beziehungen zu Lieferanten sind und wie schnell und zu welchen Kosten die Produkte vom Lieferanten in den OP-Bereich (Schlagwort „just in time“) gelangen.

## Strategischer Einkauf

Im Gegensatz zur kurzfristigen Beschaffung von Materialien (operativer Einkauf) beinhaltet der strategische Einkauf langfris-

tige Überlegungen bei der Materialbeschaffung, wie der Unternehmensstrategie, des Einkaufsvolumens, der Preisentwicklung oder der Lieferanten- oder Beschaffungsmärkte. Hierzu gehören auch die Definition von Lieferantenportfolios und Rahmenvereinbarungen. Wesentliche Instrumente des strategischen Einkaufs sind die Lieferantenreduzierung (Einkauf der Produkte über möglichst wenige Lieferanten) und die Mengenbündelung (gemeinsame Bestellungen mehrerer Endverbraucher, um hierdurch weitere Kostenreduktionen oder eine Verbesserung der Einkaufskonditionen zu erreichen).

### Erläuterung:

Für das OP-Management ist es wichtig – in enger Kooperation mit der Materialwirtschaftsabteilung –, Eckpunkte des strategischen Einkaufs festzulegen, da diese Vereinbarungen einen erheblichen Einfluss auf die Ablauforganisation und somit auf die Leistungsfähigkeit des OP-Bereiches haben können.

## Lagerbestand

Als Lagerbestand wird ein zu einem Zeitpunkt vorrätiger Bestand an Materialien in einem bzw. mehreren Lagern bezeichnet.

### Erläuterung:

Die Definition und Vorhaltung eines optimalen Lagerbestands spielt im Rahmen des OP-Managements eine wich-

tige Rolle, weil dieser auf der einen Seite vor unnötiger, da kostenintensiver Lagerhaltung schützt, auf der anderen Seite aber auch verhindert, dass aktuell nicht im Lager verfügbare Materialien den Leistungsprozess behindern.

### Lagerreichweite

Die Lagerreichweite gibt an, wie viele Tage der Lagerbestand an Materialien ausreichen würde, um davon Produkte oder Dienstleistungen zu erstellen bzw. zu erbringen.

#### Erläuterung:

Die Lagerreichweite spielt speziell bei der Frage eine Rolle, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Quantität das OP-Management Materialien bestellen muss, um den Leistungsprozess nicht zu gefährden.

### Lagerhaltungskosten

Lagerhaltungskosten umfassen alle mit der Pflege und Erhaltung von Materialverwaltungen in Lagern verbundenen Kosten. Hierzu zählen die Kosten für den Lagerraum, für die Lagerbestände, für die Behandlung der Lagerbestände und für die Lagerverwaltung.

#### Erläuterung:

Die meisten OP-Bereiche müssen aufgrund hoher Lagerhaltungskosten inzwischen mit sehr geringen Lagerkapazitäten vor Ort auskommen. In dem Maße, wie aber Lagerhaltungskosten im OP-Bereich minimiert werden, entstehen Kosten für die Materiallogistik, da die benötigten Materialien von externen Lagerorten angeliefert werden müssen. Das OP-Management sollte Lagerhaltungskosten gegenüber Logistikkosten abwägen können.

### Lagerinventur

Die Lagerinventur bedeutet die mengen- und wertmäßige Bestandsaufnahme aller auf Lager liegenden Materialien zu einem bestimmten Stichtag (meistens Jahresende).

#### Erläuterung:

Eine regelmäßige Lagerinventur im OP-Bereich dient nicht nur zum Abgleich zwischen den theoretisch und den tatsächlich entnommenen Materialien, sie gibt auch Aufschluss über Kapitalbindungskosten, überflüssig gelagertes Material oder den sogenannten Materialschwund (Material ist nicht mehr auf Lager, obwohl es offiziell nicht entnommen wurde).

## Konsignationslager

Das Konsignationslager ist ein Lager, das vom Lieferanten im Unternehmen eines Kunden eingerichtet und dort betrieben wird. Der Kunde kann je nach Bedarf Material entnehmen, die Bestände verbleiben bis zur Entnahme im Eigentum des Lieferanten. Die Ware wird erst zum Zeitpunkt der Entnahmemeldung durch den Kunden berechnet. Das Konsignationslager wird vom Kunden kostenlos zur Verfügung gestellt, außerdem versichert er die Lagerbestände gegen Wasser, Feuer und Diebstahl. Der Lieferant füllt das Lager eigenverantwortlich auf.

### Erläuterung:

Konsignationslager im OP-Bereich sind für kostenintensive Produkte (z. B. Prothesen) sinnvoll. Der Lieferant erhält eine dauerhafte Kundenbindung. Das OP-Management ist vor eventuellen Verfallsterminen geschützt und kann immer auf die neueste Produktpalette zurückgreifen, ohne veraltete Produkte aufbrauchen zu müssen.

## Modulschranksystem

Das Modulschranksystem ist ein Lagerhaltungskonzept, das darauf beruht, dass es in einem Lagerschrank zwei Fächer gibt, die gleich mit Materialien bestückt sind – ein Entnahmefach (vorne) und ein Vorratsfach (hinten). Ist das Entnahmefach leer, wird das Entnahmefach mit dem Vorratsfach ausgetauscht. Ein

Versorgungsassistent entnimmt das leere Entnahmefach, füllt es wieder auf und ordnet es wieder als Vorratsfach hinter dem aktuellen Entnahmefach an.

### Erläuterung:

Die Einrichtung von Modulschranksystemen hat sich im OP-Bereich bewährt. Es zwingt zum einen zur exakten (vorgegebenen) Bestückung von Schränken mit Materialien, zum anderen können Tätigkeiten der Lagerlogistik von der Funktionspflege an Versorgungsassistenten übergeben werden.

## Wagenkonzept

Das Wagenkonzept legt zugrunde, dass es am Ort des Verbrauchs von Materialien keine festen Lagerorte mehr gibt. Die für eine Leistung benötigten Materialien werden auf einem individuell bestückten mobilen Wagen vorgehalten und von dort entnommen. Das Wagenkonzept minimiert die Lagerhaltungskosten, es maximiert die Logistikkosten.

### Erläuterung:

Das Wagenkonzept ist im OP-Bereich umstritten. Es geht davon aus, dass Fallwagen (konkret für eine Operation), Fallgruppenwagen (für verschiedene Operationen mit ähnlicher Verbrauchsstruktur) und Standardwagen (beispielsweise für eine Notfallopération) vorgehalten werden.

Das Konzept setzt voraus, dass es für die jeweiligen Operationen exakte Materialstandards gibt und dass das OP-Management über eine verlässliche OP-Planung verfügt.

### Versorgungsassistent

Der Versorgungsassistent ist ein Mitarbeiter, der eigenverantwortlich die Ver- bzw. Entsorgung von Verbrauchsgütern oder sonstigen Materialien einer Abteilung zentral übernimmt.

#### Erläuterung:

Der Versorgungsassistent hat sich im OP-Bereich im Hinblick auf die Materialversorgung bewährt. Er entlastet das Funktionspersonal von nicht originären Aufgaben und hat einen zentralen Überblick über alle Ver- bzw. Entsorgungsaktivitäten.

## 13. Qualitätsmanagement

### Qualität

Qualität ist die anhand von vorgegebenen (Qualitätsnormen, Standards, Leitlinien etc.), vereinbarten (Zielvereinbarungen, Absprachen etc.) oder erwarteten (Kundenbefragung) Merkmalen handlungs- oder ergebnisorientierte gemessene Eigenschaft eines Produktes/einer Dienstleistung, eines Prozesses oder einer gesamten Organisation oder Organisationseinheit.

#### Erläuterung:

Das Thema Qualität und Qualitätsmanagement hat für das OP-Management einen extrem hohen Stellenwert, da hierüber zum einen die Nachfrage nach Operationen (seitens der einweisenden Ärzte oder Patienten) gesteuert wird und zum anderen eine schlechte Qualität bzw. eine schlechte Darstellung von Qualität in der Regel zum Marktausschluss (z. B. durch Krankenkassen) führt.

### – Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt, welche fest verankerten Ressourcen, wie Aufbau der Organisation, verfügbare finanzielle Mittel, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, bauliche Gegebenheiten, apparative Ausstattung, aber auch Vereinbarungen,

Leitlinien etc., einem Unternehmen zwecks Leistungserbringung zur Verfügung stehen.

#### **Erläuterung:**

Die Strukturqualität dient als Ausdruck für das Leistungspotenzial einer Operationsabteilung. Indikatoren der Strukturqualität im OP sind die Transportwege zum OP, Schleusensystem, Anzahl, Größe und Auslastung der OP-Säle, Grundsätze und Regeln der Organisation, Anzahl und Qualifikationen der Mitarbeiter, Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung, medizinisch-technische Ausstattung und Zustand derselben sowie Organisation der Materialwirtschaft.

### **– Prozessqualität**

Die Prozessqualität bezeichnet die Gesamtheit der Interaktionen, also der Handlungen und Kommunikation bei der Erbringung medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Leistungen am Patienten. Die Bewertungskriterien beinhalten, auf Basis der Ablauforganisation, alle prozessualen Abläufe der Patientenversorgung aus technischer und zeitlicher Sicht.

#### **Erläuterung:**

Um Prozesse auf die Güte ihrer Qualität beurteilen zu können, müssen Prozesse definiert und schriftlich fixiert werden. Alle Mitarbeiter müssen Zugang zu den prozessdefi-

nierenden Plänen und Verfahrensanweisungen erhalten. Indikatoren für die Prozessqualität im OP sind Warte- und Transportzeiten für Patienten, Termintreue des OP-Routineprogramms, Ressourcennutzung der OP-Kapazitäten, mengenmäßige Verfügbarkeit und Vollständigkeit der OP-Siebe, Verfügbarkeit und Vollständigkeit der Patientenunterlagen ...

### **– Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität im Krankenhaus beschreibt die gegenwärtigen oder zukünftigen Veränderungen im Gesundheitszustand oder Gesundheitsverhalten von Patienten, die als Folge der vorgenommenen Interventionen eingetreten sind. Maßgebliche Bewertungskriterien der Ergebnisqualität sind der Gesundheitszustand des Patienten nach der Behandlung, die Qualität der pflegerischen und medizinischen Leistungen und gleichermaßen die Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit.

#### **Erläuterung:**

Für die Evaluation der Dienstleistungen innerhalb des OPs ist die Ergebnisqualität entscheidend. Indikatoren für die Ergebnisqualität im OP sind beispielsweise erfolgreiches Operationsergebnis, niedrige nosokomiale Wundinfektionsrate, Infektionsstatistiken, niedrige Komplikations- und Reoperationsrate oder geringe Mortalität.

### – Servicequalität

Die Servicequalität ist Teil der Ergebnisqualität und beschreibt die produktbegleitende Leistungsfähigkeit von Dienstleistungen. Für Unternehmen ist die Servicequalität mindestens genauso relevant wie die Qualität der abgesetzten Produkte/ Dienstleistungen, da sie neben der Produktqualität maßgeblich zur Positionierung auf dem Markt beiträgt.

#### Erläuterung:

Die Betrachtung des Patienten als Kunden verlangt auch innerhalb des OPs, alle Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass Patientenanforderungen entsprechend erfüllt werden können. Das Verhalten der Mitarbeiter gegenüber den Patienten und auch untereinander spiegelt in erheblichem Maße die Kultur des Hauses wider.

### Führungsprozess

Als Führungsprozess wird die Prozessebene bezeichnet, die die Unternehmensplanung und -steuerung bewerkstelligt. Führungsprozesse beinhalten beispielsweise die Definition von Unternehmenswerten und Unternehmenszielen, aber auch die Finanz- und Investitionsplanung. Die Führungsprozesse werden vielfach auch als Managementprozesse bezeichnet.

#### Erläuterung:

Der Führungsprozess spielt im OP-Management eine entscheidende Rolle. Ist er nicht ausreichend in der Aufbauorganisation verankert (Organigramm, Stellenbeschreibung, Kompetenzzuordnung etc.), fehlt es dem OP-Manager an Durchsetzungskraft und Autorität.

### Kernprozess

Der Kernprozess lässt sich auch als Haupt- oder Wertschöpfungsprozess bezeichnen. Er bildet die Aktivitäten eines Unternehmens ab, aufgrund derer sich das Unternehmen auf dem Markt bewegt. Im Gegensatz zu den Führungs- und Unterstützungsprozessen erwirtschaftet ein Unternehmen mit den Kernprozessen seinen Erlös. Kernprozesse sind also fundamentale, wertschöpfende und funktionsübergreifende Aktivitäten.

#### Erläuterung:

Der Kernprozess im OP-Bereich ist eindeutig die Operation. Wegen dieser kommt ein Patient ursächlich in das Krankenhaus und nur dieses kann auch einen Erlös erzielen. Umstritten ist, inwieweit die Narkose ein Hauptprozess abbildet (kein Patient kommt nur für eine Narkose in das Krankenhaus, ohne Narkose wiederum ist aber eine Operation nicht möglich), Gleiches gilt für die OP-Pflege.

## Unterstützungsprozess

Unterstützungsprozesse beinhalten die notwendigen Aktivitäten zur Unterstützung der Kernprozesse, beispielsweise Personalmanagementprozesse, Informations- und Kommunikationsprozesse oder Instandhaltungsprozesse.

### Erläuterung:

Als zentrale Unterstützungsprozesse des OP-Managements können die Personaleinsatzplanung, die Patientenadministration, die Materiallogistik, die EDV-Dokumentation oder auch das Qualitätsmanagement angesehen werden. Sind diese Prozesse ausreichend strukturiert, kann sich das OP-Management auf seine Kernaufgaben konzentrieren.

## Qualitätsmanagement-Handbuch (QMH)

Das QMH ist das Kerndokument des Qualitätsmanagements. Es enthält alle für das Unternehmen allgemein gültigen und verbindlichen Regelungen, Vorschriften und Vorlagen. Das QMH kann sich auf das gesamte Unternehmen oder nur auf einzelne Teilbereiche beziehen. Es beinhaltet grundsätzliche Aussagen über die Qualitätspolitik des Unternehmens, die Verantwortung und Zuständigkeiten, die Einbeziehung der Mitarbeiter, die Organisation oder die Verfahren (Prozesse) und Anweisungen (Methoden) zur Umsetzung einzelner Maßnahmen des Qualitätsmanagementsystems. Auch werden Maßnahmen zur Über-

prüfung, Verbesserung und Validierung von Prozessen, Methoden oder des Qualitätsmanagementsystems an sich selbst dort dokumentiert.

### Erläuterung:

Das OP-Management benötigt die Teile des QMH, die direkt oder indirekt die Prozesse im OP-Bereich betreffen. Wichtig ist es für das OP-Management, gerade auch Veränderungen der indirekten Prozesse (z. B. Veränderungen im stationären Ablauf) zu verfolgen, da diese nicht selten erst verzögert Einfluss auf die OP-Abläufe nehmen.

## Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB)

Der QMB administriert das Qualitätsmanagementsystem in einem Unternehmen. Er bildet die Schnittstelle zwischen den Unternehmensbeteiligten und den formalen Umsetzungsanforderungen der Qualitätsnormen. Er ist nicht primär für die Qualität im Unternehmen verantwortlich, sondern für die Aufrechterhaltung der Qualitätsstrukturen und die Fortschreibung der Qualitätsanforderungen.

### Erläuterung:

Der QMB hat für das OP-Management eine besondere Bedeutung. Er hilft, Veränderungen in der Organisation standardisiert zu dokumentieren und in das QM-System des gesamten Krankenhauses zu integrieren. Auch kann er

das OP-Management bei der Dokumentenlenkung unterstützen.

### Deming-Kreis / PDCA-Zyklus

Der Deming-Kreis oder auch PDCA-Zyklus ist ein systematischer Ansatz, um im Rahmen des Qualitätsmanagements die Einführung und den Erhalt qualitätssichernder Maßnahmen zu erleichtern. Über die Schritte PLAN (planen), DO (umsetzen), CHECK (überprüfen), ACT (handeln) wird jede Qualitätssicherungsmaßnahme einer kontinuierlichen Überprüfung unterworfen und in den sogenannten KVP (kontinuierlichen Verbesserungsprozess) überführt.

#### Erläuterung:

In einigen Zertifizierungsmodellen spielt der PDCA-Zyklus eine herausgehobene Rolle – bspw. bei der KTQ.

### Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess ist synonym zu setzen mit der Übersetzung der aus Japan stammenden Kaizenmethode. Die Methode beschreibt den Versuch, positive Veränderungen nicht durch große und unregelmäßige Sprünge, sondern durch viele kleine Innovationen hervorzurufen. Es geht also um die stetige Optimierung der Prozess- und Produktqualität.

#### Erläuterung:

Der KVP ist die eigentliche Herausforderung beim Qualitätsmanagement. QM-Maßnahmen müssen ständig reflektiert und umgesetzt werden. Inwieweit dies wirklich geschieht, tritt meist bei einer Rezertifizierung zutage.

### Corporate Identity (CI)

Corporate Identity ist die strategisch geplante und zielentsprechend eingesetzte Selbstdarstellung und Verhaltensweise eines Unternehmens und deren Mitarbeiter nach innen und außen auf der Basis einer festgelegten Unternehmensphilosophie, einer langfristigen Unternehmenszielsetzung und eines festgelegten Sollimages.

#### Erläuterung:

Mögliche CI-Maßnahmen von Operationsabteilungen sind bspw. Veranstaltungen wie der Tag der offenen Tür, Betriebsausflüge, der Internetauftritt des OPs, die Berichte über neue Operationsmethoden, Namensschilder der Angestellten.

### – Corporate Design

Corporate Design kann gleichgesetzt werden mit dem Begriff Unternehmenserscheinung. Es bezeichnet einen Teilbereich des Corporate Identity und beinhaltet das gesamte interne und externe Erscheinungsbild eines Unternehmens oder einer Organisation.

**Erläuterung:**

Zum Corporate Design zählen beispielsweise die Gestaltung von Kommunikationsmitteln wie Architektur, Logos, Geschäftspapiere oder der Internetauftritt. Welcher OP-Bereich hat seinen eigenen Part beim Internetauftritt eines Krankenhauses?

**– Corporate Communication**

Die Corporate Communication (Unternehmenskommunikation) umfasst alle kommunikativen Maßnahmen und Instrumente eines Unternehmens, mit denen es sich und seine Leistungen den relevanten Zielgruppen präsentiert. Auch ist es Aufgabe der Corporate Communications, die Werte und Normen des Unternehmens nach außen wie nach innen zu kommunizieren.

**Erläuterung:**

Zur Corporate Communication zählen beispielsweise die Medien der Kommunikation (Telefon, Internet, Flyer, Video), Maßnahmen der externen Kommunikation (Sprechstunden, Vorträge, Stellenanzeigen), Maßnahmen der internen Kommunikation (Rundbriefe, Betriebszeitung) oder auch die Gestaltung der Öffentlichkeitswahrnehmung (Pressekonferenzen, Spezialangebote) bzw. der Mitarbeiterwahrnehmung (Weiterbildungsangebote, Umfragen).

**– Corporate Behaviour**

Die Corporate Behaviour beschreibt das Verhalten sämtlicher Mitglieder eines Unternehmens oder einer Organisation, deren Handlungsweisen und Reaktionen in bestimmten Situationen. Diese sollten nach bestimmten Grundsätzen ausgerichtet sein. Auch das Corporate Behaviour bezieht sich sowohl auf das Verhalten nach außen wie auch auf den firmeninternen Umgang miteinander.

**Erläuterung:**

Zur Corporate Behaviour zählen beispielsweise der Umgang mit Patienten bzw. Angehörigen, der Umgang zwischen den Mitarbeitern innerhalb/außerhalb der Berufsgruppen, die Fähigkeit und der Wille zur Kommunikation, die Motivation der positiven Imageverbreitung außerhalb der Einrichtung oder auch die Bereitschaft der Interessenswahrnehmung der Organisation in der Öffentlichkeit.

**Unternehmenskultur**

Unter Unternehmenskultur wird ein System von Werten, Normen und Überzeugungen verstanden, das den einzigartigen Charakter und Stil eines Unternehmens begründet. Die Unternehmenskultur umfasst das Verhalten des Managements und das Verhalten der Mitarbeiter aller Hierarchieebenen. Jedes Unternehmen hat eine Unternehmenskultur, ob positiv oder negativ.

**Erläuterung:**

Das Thema Unternehmenskultur ist eines der zentralen Themen des OP-Managements. Eine „gute“ Unternehmenskultur bindet Personal, erleichtert die Gewinnung neuer Mitarbeiter und macht den OP-Bereich leistungsstärker. Sie überträgt sich auf den Patienten. Eine positive Unternehmenskultur, isoliert nur für den OP-Bereich, zu schaffen, ist fast unmöglich.

**Strukturierter Qualitätsbericht**

Strukturierte Qualitätsberichte (§ 137 SGB V) werden seit 2005 durch die Krankenhäuser im Zeitraum von zwei Jahren erstellt und (im Internet) veröffentlicht. Ziel ist, Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern durchgeführte Leistungen transparent darzustellen und Orientierungs- und Entscheidungshilfe angebotener Behandlungsmöglichkeiten zu geben.

**Erläuterung:**

Im Rahmen der strukturierten Qualitätsberichte müssen mindestens die häufigsten Operationen (nach OPS301), die häufigsten ambulanten Operationen (nach EBM), die häufigsten DRGs oder auch die Anzahl der Funktionspflegekräfte und deren Ausbildungsgrad veröffentlicht werden. Einige Krankenhäuser veröffentlichen inzwischen freiwillige Angaben wie beispielsweise die Mortalitätsrate.

Mithilfe der strukturierten Qualitätsberichte kann sich das OP-Management einen Überblick über das Leistungsangebot konkurrierender Krankenhäuser verschaffen oder dazu beitragen, den eigenen OP-Bereich positiv zu bewerben.

**Mindestmengen**

Mindestmengen für bestimmte Eingriffe wurden mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (§137 SGB V) eingeführt unter der Annahme, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist. Wird eine Mindestmenge einer festgelegten Leistung nicht erbracht, darf die Behandlung von dem Krankenhaus nicht mehr erbracht werden. Für die Festlegung der Mindestmengen ist der G-BA (gemeinsamer Bundesausschuss) zuständig.

**Erläuterung:**

Seit 2004 sind Mindestmengen definiert für Leber-, Nieren- und Stammzellentransplantation sowie komplexe Eingriffe an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse. Bereits seit 2005 hat der G-BA eine verbindliche Mindestmenge von 50 Knie-TEP-Eingriffen pro Krankenhaus und Kalenderjahr festgelegt.

## Zertifizierung

Die Zertifizierung ist eine Methode, mit deren Hilfe die Einhaltung bestimmter Standards für Produkte/Dienstleistungen sowie ihrer jeweiligen Herstellungsverfahren überprüft werden kann. Eine Zertifizierung besteht aus den Phasen Auditvorbereitung (Selbstbewertung), Unterlagenprüfung, Durchführung des Audits und abschließende Beurteilung des Audits. Das Ergebnis eines positiven Audits ist die Ausstellung des Zertifikats. Ziel ist immer die Verbesserung und Optimierung von Prozessen innerhalb der Wertschöpfungskette.

### **Erläuterung:**

Neben dem gesetzlich geforderten Nachweis eines internen Qualitätsmanagements bietet der Gesundheitsmarkt (bisher auf freiwilliger Basis) zunehmend unterschiedliche Verfahren an, die krankenhausinternen Leistungen von externen Anbietern überprüfen und zertifizieren zu lassen (z.B. KTQ, DIN ISO 9001 ...). Zertifizierungen haben neben dem verbundenen Marketingeffekt den Vorteil, dass die eigenen qualitätssichernden Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und mit Konkurrenzunternehmen verglichen werden können.

## Standardisierung

Standardisierung beschreibt die einheitlich angewandte (verbindliche) Prozessdurchführung zur Erstellung eines Produktes oder einer Dienstleistung. Die festgelegten Standardverfahren gewährleisten, dass Prozesse sicher, wiederholbar und produktiv verrichtet werden. In definierten Zeiträumen werden sie überarbeitet, um diese auf veränderte Umweltbedingungen hin zu kontrollieren. Die Abgrenzung zwischen Begriffen wie Standard, Leitlinien oder Richtlinien ist nicht eindeutig vorgegeben.

### **Erläuterung:**

Verbindliche Standards für den OP bzw. die Anästhesie und alle beteiligten Leistungserbringer rund um die Operation können beispielsweise für Prozesse wie Prämedikation, Patientenvorbereitung, Patientenanforderung, Einschleusen/Ausschleusen, Bestellung OP-Team, Lagerung, Leistungserfassung/Dokumentation oder Reanimation beschrieben werden. Ziel der Standardisierungsansätze ist es, die Behandlungsqualität zu sichern, Prozesssicherheit und Patientenzufriedenheit zu erhöhen sowie eine Reduktion der Behandlungskosten zu erreichen.

## Verfahrensanweisung

Eine Verfahrensanweisung ist die Beschreibung organisatorischer Abläufe und Zuständigkeiten. Sie beinhaltet die Darstellung arbeitstechnisch sinnvoll verknüpfter, unterschiedlicher Tätigkeiten, wahrgenommen von mehreren Personen oder mehreren Organisationseinheiten. Diese arbeiten mit unterschiedlichen Zuständigkeiten auf ein geplantes Ergebnis hin.

### Erläuterung:

Das OP-Management sollte prinzipiell alle Organisationsfestlegungen in Verfahrensanweisungen beschreiben, um diese für eventuelle Zertifikationen nutzen zu können. Verfahrensanweisungen sollten beispielsweise für OP-Planung, die Nachmeldungsorganisation oder die Dienstplangestaltung erstellt werden. Die organisationsrelevanten Verfahrensanweisungen sind Grundlage einer OP-Satzung.

## Arbeitsanweisung

Arbeitsanweisungen dienen zur Beschreibung von arbeitsplatzbezogenen, dispositiven, verwaltungs- oder fachtechnischen Arbeitsabläufen für Einzelpersonen oder für Personengruppen mit gleichartigen Tätigkeiten oder gleicher Qualifikation, wobei die Beschreibungstiefe von konkreten Qualifikationsanforderungen an den Arbeitsplatz abhängt.

### Erläuterung:

Die Beschreibung des Zusammenbaus eines Narkosegerätes ist beispielsweise als Arbeitsanweisung zu bezeichnen.

## Audit

Ein Audit ist eine systematische und unabhängige Untersuchung, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse den Vorgaben entsprechen, tatsächlich verwirklicht und darüber hinaus geeignet sind, die deklarierten Ziele zu erreichen. Es wird unterschieden zwischen dem externen und dem internen Audit bzw. dem Vor-, Überwachungs- oder Wiederholungsaudit.

### Erläuterung:

Audits erfolgen in der Regel im Rahmen von Zertifizierungen. Im Vorfeld eines Audits ist es notwendig, dass die Mitarbeiter die festgelegten Regelungen (z. B. Verfahrensanweisungen) kennen und sich dementsprechend verhalten. Ein OP-Management erhält in der Regel mithilfe eines externen Voraudits gute Anhaltspunkte, wo es im Rahmen seiner Qualitätsmanagementbemühungen steht.

## QM-System

Ein Qualitätsmanagementsystem ist ein Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. Es gibt Vorgaben zur Durchführung und Bewertung von Qualitätsmaßnahmen und strukturiert deren Einführung und Dokumentation. QM-Systeme erlauben den Vergleich zwischen Krankenhäusern.

### Erläuterung:

Auf dem deutschen Markt sind für das Krankenhaus derzeit drei QM-Systeme in der Fläche vertreten, die DIN ISO (Deutsches Institut für Normung/International Standard Organization), die KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) und der EFQM (European Foundation for Quality Management). Nach (einem Teil) der DIN ISO und der KTQ können Krankenhäuser zertifiziert werden, eine Zertifizierung nach EFQM ist nicht möglich, da es sich hierbei um ein sogenanntes Total Quality Management System (TQM) handelt.

## Total Quality Management (TQM)

Das TQM ist allumfassendes Qualitätsmanagementsystem. Es ist eine auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellen der Patienten und

Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt. Im Rahmen des TQM können keine Zertifizierungen erstellt werden.

### Erläuterung:

Voraussetzung für den Erfolg des TQM im OP-Bereich ist, dass das OP-Management überzeugend und nachhaltig führt und dass alle Mitarbeiter bzw. Nutzer des OP-Bereiches ausgebildet und geschult sind. Ein typisches TQM-System könnte das EFQM sein.

## Norm

Eine Norm ist ein Dokument, das durch Konsens erstellt und von einer anerkannten Institution akzeptiert wurde. Die Norm legt für allgemeine, wiederkehrende Anwendungen Regeln, Leitlinien oder Tätigkeitsmerkmale bzw. deren Ergebnisse fest.

### Erläuterung:

Normen spielen sowohl innerhalb des Qualitätsmanagements als auch im Rahmen möglicher gerichtlicher Auseinandersetzungen eine große Rolle und dürften zukünftig an Einfluss auf das Management weiter an Stellenwert gewinnen.

### Durchdringungsgrad

Der Durchdringungsgrad beschreibt den Durchsatz von Qualitätssicherungsmaßnahmen in einem Unternehmen bzw. in den verschiedenen Bereichen eines Unternehmens. Der Begriff spielt bei der Bewertung innerhalb der KTQ eine zentrale Bedeutung.

#### Erläuterung:

Bei einem Zentral-OP mit zehn OP-Sälen gibt der Durchdringungsgrad Aufschluss darüber, in welchen bzw. in wie vielen OP-Sälen die Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt sind.

### Erreichungsgrad

Der Erreichungsgrad beschreibt die Qualität der Kriterienerfüllung bei Qualitätssicherungsmaßnahmen in einem Unternehmen bzw. in den verschiedenen Bereichen eines Unternehmens. Der Begriff spielt bei der Bewertung innerhalb der KTQ eine zentrale Bedeutung.

#### Erläuterung:

Bei einem Zentral-OP mit zehn OP-Sälen gibt der Erreichungsgrad Aufschluss darüber, in welchen der OP-Säle welche Qualitätssicherungsmaßnahmen in welcher Ausprägung erreicht sind.

### Pareto-Prinzip

Das Pareto-Prinzip (auch 80-20-Regel genannt) besagt allgemein, dass 20 % aller möglichen Ursachen 80 % der gesamten Wirkung erreichen.

#### Erläuterung:

Im Rahmen des Qualitätsmanagements spielt das Pareto-Prinzip insofern eine große Rolle, da es primär Sinn macht, zwischen Ursache und Wirkung eines Qualitätsmangels zu entscheiden. Eine Operation am falschen Organ eines Patienten kommt höchst selten vor, hat aber eine wesentlich größere Wirkung auf das Krankenhaus, als z. B. das häufig vorkommende Absetzen von Operationen.

### Dokumentenlenkung

Dokumentenlenkung bedeutet, dass alle Mitarbeiter bzw. Abteilungen, die von einem bestimmten Dokument (z. B. einer Verfahrensweisung) tangiert werden, dieses Dokument sowie alle künftigen Änderungen zeitnah und vollständig zur Kenntnisnahme erhalten.

#### Erläuterung:

Für das OP-Management ist es wichtig, dass alle betroffenen Mitarbeiter beispielsweise dieselbe Verfahrensweisung befolgen. Das bedeutet, die Mitarbeiter müssen

wissen, dass es eine neue oder geänderte Verfahrensanweisung gibt, wo diese Verfahrensanweisung zu finden ist und wie nach dieser verfahren werden soll.

## DIN ISO

Die DIN ISO (Deutsches Institut für Normung / International Standard Organization) 9000 Familie ist eine Reihe von Regelwerken, die allgemeingültige Leitlinien und Empfehlungen zu Qualitätsmanagementsystemen gibt. Die externen Begutachter, die das Qualitätsmanagementsystem vor Ort bewerten, werden Auditoren genannt.

### Erläuterung:

Eine Zertifizierung für ein Krankenhaus oder einen Teilbereich (z. B. Chirurgie) ist nach der DIN ISO 9001 möglich. Die DIN ISO 9004 setzt auf dem TQM (Total Quality Management) auf und enthält somit keine Zertifizierungsmöglichkeit.

## KTQ

KTQ steht für Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Die KTQ wurde 2001 ins Leben gerufen und entwickelte zunächst ein Zertifizierungsverfahren, das auf die spezifischen Anforderungen von Krankenhäusern zugeschnitten

war. Inzwischen gibt es weitere Zertifizierungsverfahren, die auf Bereiche der Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen, alternative Wohnformen und Arztpraxen anwendbar sind. Die externen Begutachter, die das Qualitätsmanagementsystem vor Ort bewerten, werden Visitoren genannt.

### Erläuterung:

Für das OP-Management ist die KTQ insofern von Bedeutung, weil es das einzige Verfahren ist, das konkrete Fragen zum Thema OP-Management vorgibt (1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination) und somit die Bedeutung des OP-Managements stärkt.

## EFQM

Die EFQM (European Foundation for Quality Management) ist eine gemeinnützige Organisation, die die Verbreitung und Anwendung von Qualitätsmanagementsystemen nach dem sogenannten EFQM-Modell anstrebt. Das EFQM-Modell gehört zu den TQM-Systemen und ist somit nicht zertifizierbar (es können verschiedene Stufen der Excellence erreicht werden. Die externen Begutachter, die das Qualitätsmanagementsystem vor Ort bewerten, werden Assessoren genannt.

### Erläuterung:

Das EFQM-Modell ist ein extrem aufwendiges Modell, es findet in der Krankenhauslandschaft zunehmend Verbrei-

tung, da ein Krankenhaus damit noch einen gewissen Marketingvorsprung erarbeiten kann. Für die Anwendung im OP-Bereich ist es nur dann sinnvoll, wenn das OP-Management eine große Erfahrung in der Durchsetzung von QM-Maßnahmen hat.

### JCAHO

Die JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ist eine unabhängige, nicht profitorientierte amerikanische Organisation und ihr internationaler Ableger, welche Standards festlegen, nach denen die Qualität von Gesundheitseinrichtungen bewertet wird und die hierzu Zertifizierungen durchführen.

#### Erläuterung:

Die JCAHO und ihre Zertifizierungsangebote streben auf den deutschen Gesundheitsmarkt, spielen aber aktuell im Bereich der Krankenhauszertifizierung eine untergeordnete Rolle.

### Risiko

Das Risiko gilt üblicherweise als ein Ereignis oder eine Folge von Ereignissen, die unerwünschte oder negative Auswirkungen (in der Regel Schäden) nach sich ziehen.

#### Erläuterung:

Im Gegensatz zum verantwortlichen Operateur, dem Anästhesisten oder der Funktionspflege ist das OP-Management keinem direkten Risiko (am Patienten) ausgesetzt. In Schadensfällen könnte das OP-Management jedoch im Rahmen seiner Führungskompetenzen mit Fragestellungen des Organisationsverschuldens konfrontiert werden.

### Risikomanagement (Riskmanagement)

Risikomanagement ist der Teil des Managements, der sich mit der Identifizierung, Analyse und Beherrschung von Risiken für einen geplanten oder durchgeführten Prozess beschäftigt.

#### Erläuterung:

Für das OP-Management gewinnt das Risikomanagement insofern zunehmend an Bedeutung, da es nicht nur aufgrund der enormen Leistungsverdichtung im OP-Bereich hilft, Fehler zu vermeiden (z. B. Operation an der falschen Extremität), sondern auch zunehmend von den Versicherungsunternehmen gefordert wird. Das Risikomanagement sollte ein fester Bestandteil des Qualitätsmanagements sein.

## Critical Incident Reporting System (CIRS)

Unter Critical Incident Reporting System oder auch Fehlerberichtssystem genannt, wird ein Berichtssystem zur (in der Regel anonymen) Meldung von kritischen Ereignissen (critical incident) oder Beinaheschäden (near miss) verstanden. CIRS ist primär ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit.

### Erläuterung:

2007 hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit Empfehlungen zur allgemeinen Einführung von CIRS im Krankenhauswesen veröffentlicht. Die Einführung eines CIRS setzt gerade im OP-Bereich aber die Bereitschaft voraus, Fehler einzugestehen, zuzuordnen und aus diesen zu lernen (Fehlerkultur).

## 14. Kennzahlen

### OP-Auslastung – Schnitt-/Naht (Netto-Auslastung)

Als Schnitt-/Naht-Auslastung wird die Bemessung des Nutzungsgrades eines OP-Saals nach der Schnitt-/Naht-Zeit bezeichnet. Sie gibt an, wie viele Schnitt-/Naht-Minuten in einem bestimmten Zeitraum in einem OP-Saal im Verhältnis zu der Gesamt-Vorhaltungszeit geleistet werden. Die Schnitt-/Naht-Zeit als Bemessungsgrundlage ist gerade bei vielen Chirurgen oder OP-Managern umstritten, bildet sie oft doch nicht das „echte“ operative Geschehen am Patienten ab. Dennoch ist sie nach wie vor der verbindlichste Parameter, da die Schnitt-/Naht-Zeit am deutlichsten definierbar und abgrenzbar erscheint.

### Erläuterung:

Die Frage, wann ein OP-Bereich als schnitt-/nahtausgelastet angesehen werden kann, hängt wesentlich von der Schnitt-/Naht-Dauer und der Wechselzeit ab. Folgende Tabelle zeigt dies beispielhaft (bei einer Nutzungsdauer von 450 min/OP-Saal):

OP-Dauer Schnitt/Naht in min	Optimaler Wechsel Naht/Schnitt in min	Mögliche Operationen Anzahl	Mögl. Schnitt-/ Naht-Auslas- tungsgrad
10	15	12,86	28,57%
20	15	10,00	44,44%
30	20	7,50	50,00%
45	25	5,63	56,25%
60	30	4,50	60,00%
90	40	3,21	64,29%
120	40	2,65	70,59%
180	45	1,91	76,60%

### OP-Auslastung – Operateurpräsenz (Brutto-Auslastung)

Als Auslastung der Operateure wird die Bemessung des Nutzungsgrades eines OP-Saals nach der Inanspruchnahme durch die Operateure bezeichnet. Sie gibt an, in welchem Zeitraum die Operateure gemessen in Minuten in einem bestimmten OP-Saal im Verhältnis zu der Gesamtvorhaltungszeit direkt mit Tätigkeiten für eine Operation beschäftigt waren. Die Operateurpräsenzauslastung ist naturgemäß immer deutlich höher als die Schnitt-/Naht-Auslastung, niedriger jedoch als die OP-Pflege-Auslastung.

#### Erläuterung:

Die Auslastungsgrade der Operateurpräsenz spielen bei der Bewertung von Auslastungsgraden eine große Rolle. Die Abgrenzung zwischen Schnitt-/Naht- und Operateurpräsenzzeit ist nicht immer eindeutig, sodass viele OP-Manager dazu übergegangen sind, nicht die Schnitt-/Naht-Zeit, sondern die Zeit der Operateurpräsenz für Auslastungsbetrachtungen heranzuziehen. Erfassungsparameter: Beginn der ersten Tätigkeit der Operateure für eine Operation bis zum Ende der letzten Tätigkeit für eine Operation.

### OP-Auslastung – OP-Pflege (Brutto-Auslastung)

Als Auslastung der OP-Pflege wird die Bemessung des Nutzungsgrades eines OP-Saals nach der Inanspruchnahme durch die OP-Pflege bezeichnet. Sie gibt an, in welchem Zeitraum die OP-Pflege gemessen in Minuten in einem bestimmten OP-Saal im Verhältnis zu der Gesamtvorhaltungszeit direkt mit Tätigkeiten für eine Operation beschäftigt war. Die OP-Pflege-Auslastung ist naturgemäß immer deutlich höher als die Schnitt-/Naht-Auslastung.

#### Erläuterung:

Die Auslastungsgrade der OP-Pflege werden eher selten zur Bewertung der OP-Nutzung herangezogen. Generell ist ein OP-Bereich dann optimal seitens der OP-Pflege ausgelastet, wenn eine Auslastungsquote von 100 % oder mehr (überlappende Pflegeleistungen) erreicht wird. Erfassungsparameter: Beginn der ersten Tätigkeit der OP-Pflege für eine Operation bis zum Ende der letzten Tätigkeit für eine Operation.

### OP-Auslastung – Narkose

Als Narkoseauslastung wird die Bemessung des Nutzungsgrades eines OP-Saals nach der Narkosezeit bezeichnet. Sie gibt an, wie viele Narkoseminuten in einem bestimmten Zeit-

raum in einem OP-Saal im Verhältnis zu der Gesamtvorhaltungszeit geleistet werden. Die Narkoseauslastung ist naturgemäß immer höher als die Schnitt-/Naht-Auslastung.

#### Erläuterung:

Die Narkoseauslastungsgrade sind eine interessante Steuerungsgröße für das OP-Management, da sie Auskunft darüber geben, welchen Einfluss die Dauer der Narkose auf den Gesamtleistungsprozess hat. Narkoseauslastungsgrade sollten im Durchschnitt nicht höher als 30% der Schnitt-/Naht-Auslastungsgrade liegen.

### OP-Auslastung – Anästhesiepräsenz

Als Anästhesiepräsenz wird die Bemessung des Nutzungsgrades eines OP-Bereiches nach der Inanspruchnahme durch die Anästhesie (Arzt oder Pflege) bezeichnet. Sie gibt an, in welchem Zeitraum die Anästhesie gemessen in Minuten in einem bestimmten OP-Bereich im Verhältnis zu der Gesamtvorhaltungszeit direkt mit Tätigkeiten für eine Narkose beschäftigt waren. Die Anästhesiepräsenzauslastung ist naturgemäß immer höher als die Schnitt-/Naht-Auslastung. Sie ist unabhängig von der Anwesenheit des Patienten.

#### Erläuterung:

Die Auslastungsgrade der Anästhesiepräsenz werden eher selten zur Bewertung der OP-Nutzung herangezogen. Ge-

nerell ist ein OP-Bereich dann optimal seitens der Anästhesiepräsenz ausgelastet, wenn eine Auslastungsquote von 90% bis 100% erreicht wird. Erfassungsparameter: Beginn der ersten Tätigkeit für eine Narkose bis zum Ende der letzten Tätigkeit für eine Narkose.

### Gleichzeitigkeitsfaktor – Operateur

Der Gleichzeitigkeitsfaktor Operateur gibt an, wie viele Operateure durchschnittlich bei einer Operation gebunden sind. Er kann für eine gesamte Operation berechnet werden, aber auch nur für die Vor- und Nachbereitung oder die Schnitt-/Naht-Phase. Der Gleichzeitigkeitsfaktor spielt eine sehr wichtige Rolle bei der Personalbedarfsrechnung.

#### Erläuterung:

Der Gleichzeitigkeitsfaktor Operateur errechnet sich, indem man die Summe aller Einzelbindungszeiten der Operateure durch die Zeit der Dauer einer Operation dividiert.

<b>Beispiel:</b>	Operateur A	12:30 – 13:30 Uhr	60 min
	Operateur B	12:15 – 13:45 Uhr	90 min
	Operateur A	12:45 – 13:30 Uhr	45 min
	OP-Dauer	12:30 – 13:45 Uhr	75 min

(Gleichzeitigkeitsfaktor:  $195 \text{ min} / 115 \text{ min} = 2,6$ )

### Gleichzeitigkeitsfaktor – Anästhesist

Der Gleichzeitigkeitsfaktor Anästhesist gibt an, wie viele Anästhesisten durchschnittlich bei einer Narkose gebunden sind. Er kann für eine gesamte Anästhesieleistung berechnet werden, aber auch nur für die Vor- und Nachbereitung oder die reine Narkosephase. Der Gleichzeitigkeitsfaktor spielt eine sehr wichtige Rolle bei der Personalbedarfsrechnung.

#### Erläuterung:

Der Gleichzeitigkeitsfaktor Narkose errechnet sich, indem man die Summe aller Einzelbindungszeiten der Anästhesisten durch die Zeit der Dauer einer Narkose dividiert (Beispiel analog Gleichzeitigkeitsfaktor Operateur).

### Gleichzeitigkeitsfaktor – OP-Pflege

Der Gleichzeitigkeitsfaktor OP-Pflege gibt an, wie viele Mitarbeiter der OP-Pflege durchschnittlich bei einer Operation gebunden sind. Er kann für eine gesamte Operation berechnet werden, aber auch nur für die Vor- und Nachbereitung oder die reine Schnitt-/Naht-Phase. Der Gleichzeitigkeitsfaktor spielt eine sehr wichtige Rolle bei der Personalbedarfsrechnung.

#### Erläuterung:

Der Gleichzeitigkeitsfaktor OP-Pflege errechnet sich, indem man die Summe aller Einzelbindungszeiten der

OP-Pflege durch die Zeit der Dauer einer Operation dividiert (Beispiel analog Gleichzeitigkeitsfaktor Operateur). Gleichzeitigkeitsfaktoren in der OP-Pflege werden je nach Klinik zwischen 1,8 und 2,8 angesetzt.

### Gleichzeitigkeitsfaktor – Anästhesiepflege

Der Gleichzeitigkeitsfaktor Anästhesiepflege gibt an, wie viele Mitarbeiter der Anästhesiepflege durchschnittlich bei einer Anästhesieleistung gebunden sind. Er kann für eine gesamte Anästhesieleistung berechnet werden, aber auch nur für die Vor- und Nachbereitung oder die reine Narkosephase. Der Gleichzeitigkeitsfaktor spielt eine sehr wichtige Rolle bei der Personalbedarfsrechnung.

#### Erläuterung:

Der Gleichzeitigkeitsfaktor Anästhesiepflege errechnet sich, indem man die Summe aller Einzelbindungszeiten der Anästhesiepflege durch die Zeit der Dauer einer Narkose dividiert (Beispiel analog Gleichzeitigkeitsfaktor Operateur). Gleichzeitigkeitsfaktoren in der Anästhesiepflege werden je nach Organisationsgrad zwischen 0,6 und 1,0 angesetzt.

## Fehlzeitenquote

Die Fehlzeitenquote zeigt an, welcher Anteil der Sollarbeitszeit durch Fehlzeiten verloren geht.

### Erläuterung:

Die Berechnung erfolgt, indem die Fehlzeiten durch die Sollarbeitszeit dividiert und das Ergebnis mit 100 multipliziert wird.

## 15. Wichtige Gesetze und Verordnungen

ArbZG		Arbeitszeitgesetz
ArbZG	§ 3	Arbeitszeiten
ArbZG	§ 7	Abweichende Regelungen
BPflV		Bundespflugesatzverordnung
BPflV	§ 17	Pflugesatzvereinbarung
KHG		Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
KHG	§ 3	Vergütung
KHG	§ 4	Wirtschaftliche Sicherung
KHG	§ 6	Krankenhausplanung
KHG	§ 9 ff.	Förderung
KHG	§ 16 ff.	Pflugesätze
KHEntgG		Krankenhausentgeltgesetz
KHEntgG	§ 4	Mengenvereinbarung
KHEntgG	§ 5	Zu- und Abschläge
KHEntgG	§ 6	Zusatzentgelte
KHEntgG	§ 8	Entgeltberechnung
KHEntgG	§ 21	Datenveröffentlichung

Vereinbarungen zu § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG –  
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Anlage 1		Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG.)	SGB V § 137	Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 Mindestmengen
			SGB V § 137	Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Strukturierte Qualitätsberichte
			SGB V § 140 ff.	Integrierte Versorgung
			SGB V § 301	Anforderung Datenübermittlung an Krankenkassen
		Fallpauschalen-Vereinbarung (FPV)		
		G-DRG-Fallpauschalen-Katalog (nebst Anlagen):		Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)
		– Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG		
		– Katalog noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergüteter Leistungen gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG		MPG Medizinproduktegesetz
		– Zusatzentgelt-Katalog nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		MPBetreibV Medizinprodukte-Betreiberverordnung
KHBV		Krankenhausbuchführungsverordnung		
KHBV	§ 8	Leistungs-/Kostenrechnung		
SGB V		Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung		
SGB V	§ 39	Krankenhausbehandlung		
SGB V	§ 95	Medizinisches Versorgungszentrum		
SGB V	§ 108	Zugelassene Krankenhäuser		
SGB V	§ 109 ff.	Versorgungsvertrag		
SGB V	§ 113	Wirtschaftlichkeitsprüfung		
SGB V	§ 115	Ambulantes Operieren		
SGB V	§ 137 ff.	Qualitätssicherung im Krankenhaus		

## 16. Wichtige Links

[www.wido.de](http://www.wido.de)  
[www.gesundheitspolitik.net](http://www.gesundheitspolitik.net)  
[www.bmggesundheits.de](http://www.bmggesundheits.de)  
[www.dki.de](http://www.dki.de)  
[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)  
[www.krankenhaus-aok.de](http://www.krankenhaus-aok.de)  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)  
[www.g-drug.de](http://www.g-drug.de)  
[www.mydrug.de](http://www.mydrug.de)  
[www.drug.uni-muenster.de](http://www.drug.uni-muenster.de)  
[www.ktq.de](http://www.ktq.de)  
[www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)  
[www.qualitaetsbericht.de](http://www.qualitaetsbericht.de)  
[www.aeqz.de](http://www.aeqz.de)  
[www.g-qb.de](http://www.g-qb.de)  
[www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)  
[www.din.de](http://www.din.de)  
[www.deutsche-efqm.de](http://www.deutsche-efqm.de)  
[www.kliniken.de](http://www.kliniken.de)  
[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)  
[www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)  
[www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de)  
[www.dgkh.de](http://www.dgkh.de)  
[www.dgai.de](http://www.dgai.de)  
[www.klinik-lotse.de](http://www.klinik-lotse.de)  
[www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)  
[www.rki.de](http://www.rki.de)  
[www.dgch.de](http://www.dgch.de)  
[www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)

## 17. Stichwortverzeichnis

### A

ABC-Analyse 113  
 Ablauforganisation 35  
 Absatz 26  
 Abschreibung 83  
 Ambulantes Operieren 17  
 Amortisation 82  
 Anästhesierüstzeit 36  
 Anästhesiepräsenz 37  
 Anästhesienettozeit 42  
 Arbeitsanweisung 136  
 Arbeitsplatzmethode 104  
 Arbeitszeiten 99  
 Arbeitszeitkonto 98  
 Audit 137  
 Aufbauorganisation 28  
 Außenfinanzierung 52

### B

Balanced Scorecard (BSC) 88  
 Baserate 61  
 Belegarzt 19  
 Bereitschaftsdienst 100  
 Bilanz 78  
 Break-even-Point 82  
 Brutto-Jahresarbeitszeit 102  
 Budget 90  
 Burn-out 111

### C

Case-Mix 61  
 Case-Mix-Index (CMI) 62  
 Cash Flow 74  
 Coaching 96  
 Controlling 85  
 Corporate Behaviour 131  
 Corporate Communication 130  
 Corporate Design 129  
 Corporate Identity (CI) 129  
 Cost Center 21  
 Critical Incident Reporting System (CIRS) 146

### D

Deckungsbeitrag 80  
 Deming-Kreis/PDCA-Zyklus 128  
 Dienstleistung 26  
 DIN ISO 142  
 Diversifizierungsinvestition 49  
 Dokumentenlenkung 141  
 DRG 57, 14  
 Drittmittel 55  
 Duale Finanzierung 56  
 Durchdringungsgrad 140

### E

EFQM 143  
 Eigenkapital 53  
 E-Procurement 114  
 Ergebnisqualität 123

Erreichungsgrad	140	Grenzkosten	69	Kennzahlenmethode	104
Ersatzinvestition	49	Grenzverweildauer	63	Kennzahlensystem	87
Externe Personalbeschaffung (107)		Groupier	65	Kernprozess	125
Externer Beschaffungsweg	108			Kodierrichtlinien	58
Externes Budget	91	<b>H</b>		Konsignationslager	118, 52
		Hauptdiagnosegruppen	59	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	128
<b>F</b>				Kostenstellen	75
Fehler-DRG	64	<b>I</b>		Kostenträger	76
Fehlzeitenquote	154	ICD-10	59	Kostenträgermethode	106
Fixe Kosten	67	Immaterielle Investition	46	KTQ	142
Freigabe Anästhesie	40	Innenfinanzierung	52		
Freigabe OP	39	Insourcing	43	<b>L</b>	
Fremdkapital	53	Integrierte Versorgung (iV)	18	Lagerbestand	115
Führungsprozess	124	Interne Personalbeschaffung (107)		Lagerhaltungskosten	116
		Interner Beschaffungsweg	107	Lagerinventur	117
<b>G</b>		Interner Verrechnungspreis	84	Lagerreichweite	116
G-DRG		Internes Budget	91	Leasing	54
Gemeinkosten	68	Investition	46	Leerzeiten	43
Gewinn	78	ISO	142	Leistungsmethode	105
Gewinn- und Verlustrechnung (GuV)	79			Linienorganisation	29
Gleichzeitigkeitsfaktor	103	<b>J</b>		Liquidität	83
Gleichzeitigkeitsfaktor – Anästhesiepflege	153	JCAHQ	144	Logistik	112
Gleichzeitigkeitsfaktor – Anästhesist	152	Job Enlargement	95		
Gleichzeitigkeitsfaktor – OP-Pflege	149	Job Enrichment	95	<b>M</b>	
Gleichzeitigkeitsfaktor – Operateur	151	Jobrotation	96	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	19
Gleitender Durchschnittspreis	112	<b>K</b>		Mindestmengen	133
		Kalkulatorische Kosten	72	Mobbing	110
		Kapitalbindungskosten	71	Modulstranksystem	118
		Kennzahlen	87		
				<b>N</b>	
				Naht	40
				Naht-/Schnitt-Zeit	42
				Narkosezeit	42
				Narkosebeginn	38
				Narkoseende	41
				Narkosepräsenz	34
				Netto-Investition	47
				Netto-Jahresarbeitszeit	102
				Norm	139
				<b>O</b>	
				OP-AG	31
				OP-AG-Satzung	31
				OP-Auslastung – Anästhesiepräsenz	150
				OP-Auslastung – Narkose	149
				OP-Auslastung – Operateurpräsenz	38, 148
				OP-Auslastung – OP-Pflege	149
				OP-Auslastung – Schnitt-/Naht	147
				OP-Bruttozeit	38
				OP-Beginn	40
				OP-Ende	40
				Operation	16
				Operatives Controlling	86
				OP-externe Wertschöpfungskette	15
				OP-interne Wertschöpfungskette	15
				OP-Koordinator	12
				OP-Management	12

OP-Manager	12	Prozessqualität	122	Stabsorganisation	30
OP-Plan	32	<b>Q</b>		Stakeholder	22
OP-Planverantwortlicher	33	Qualität	121	Standard	144
Opportunitätskosten	71	Qualitätsmanagement-		Standardisierung	135
OP-Reporting	34	Beauftragter (QMB)	127	Stationsersetzender Eingriff	17
OP-Reservierung	32	Qualitätsmanagement-		Strategischer Einkauf	114
OPS 301	60	Handbuch (QMH)	126	Strategisches Controlling	85
OP-Satzung/Statut	30	QM-System	138	Strukturierter Qualitätsbericht	132
Optimaler Prozess	27	<b>R</b>		Strukturqualität	121
Organigramm	28	Rationalisierungsinvestition	48	Supervision	97
Outsourcing	43	Regeldienst	99	Supply Chain Management	114
<b>P</b>		Reinvestition	48	<b>T</b>	
Pareto-Prinzip	141	Relativgewicht	62	Teilkostenrechnung	77
Patientenbezogener Gesamt-		Rendite	80	Total Quality Management	138
Schweregrad (PCCL)	64	Rentabilität	81	(TQM)	
Pauschale Fördermittel	56	Risiko	144	Transaktionskosten	70
PDCA-Zyklus / Deming-Kreis	128	Risikomanagement	145	Transfergesellschaft	109
Personalbedarfsrechnung	98	Rufbereitschaft	101	<b>U</b>	
Personalbeschaffung	107	<b>S</b>		Umsatz	73
Personalbudget	92	Sachkosten	66	Umsatzrendite	81
Personalbindungszeit	36	Sachkostenbudget	92	Umstellungsinvestition	50
Personalentwicklung	94	Säulenzeit	39	Unternehmenskultur	131
Personalfreisetzung	109	Schnitt-/Naht-Zeit	41	Unterstützungsprozess	126
Personalkosten	66	Schnittzeit	40		
Pflegepräsenzzeit	37	Servicequalität	124		
Preis	73, 13	Shareholder	22		
Produkt	25	Sicherungsinvestition	51		
Produktionsfaktoren	24				
Produktivität	24				
Profit Center	20				
				<b>V</b>	
				Variable Kosten	68
				Verfahrensanweisung	136
				Versorgungsassistent	120
				Vollkostenrechnung	77
				<b>W</b>	
				Wagenkonzept	119
				Wechselzeit	42
				Wertschöpfung	13
				Wertschöpfungskette	14
				<b>Z</b>	
				Zertifizierung	134

## Prof. Thomas Busse

Tätigkeit in der OP-/Anästhesiepflege (Universitätsklinik Freiburg, Paulinenstift Wiesbaden), Studium der Wirtschaftswissenschaften (Universität Hamburg), Projektleiter Organisation/ EDV/ Controlling (Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden), Geschäftsführer/Senior Consultant der B.I.K. (Beratung im Krankenhaus in Frankfurt am Main), Professor an der Fachhochschule in Frankfurt am Main (Berufungsgebiet: Management von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen), Lehrbeauftragter an der FHS in St. Gallen (Integrales Spitalmanagement/OP-Management)

Unter anderem: Mitglied des Vorstands „Dr. Christ'sche Stiftung, Clementine Kinderhospital“ (Frankfurt am Main), beratendes Mitglied des Aufsichtsrats „Frankfurter Stiftungskrankenhäuser e. V.“